



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS

CURSO: PSICOLOGIA

A REALIDADE DOS PORTADORES DE DORT ENFATIZANDO A INSTITUIÇÃO CAIXA

APARECIDA RIBEIRO DE MAGALHÃES

BRASÍLIA
JUNHO/2005

Dedico este estudo ao meu marido Valtenir
Vasco, meu único e verdadeiro amor e,
aos meus filhos, Aline e Marcos, que
por existirem dão sentido a minha vida.

AGRADECIMENTOS

A realização deste estudo consistiu numa trajetória onde momentos de angústia, solidão, mas também compreensão e companheirismo se fizeram presentes. Ao chegar à conclusão, a sensação que tenho como dir-se-ia Gandhi, que “*a chegada não é nada comparada ao caminho*”. E neste caminho permeado de dificuldades e incertezas, muitas pessoas foram fundamentais, contribuindo com suas críticas construtivas, apoio e solidariedade. Desta forma, tentarei agradecer a algumas pessoas que contribuíram neste esforço coletivo, porém, tenho a convicção de que muitas outras deveriam constar desta lista, sendo impossível citá-las nominalmente, mas a todas fica registrado meu agradecimento.

Agradeço primeiramente a Deus pela presença em todos momentos de minha vida, principalmente nos mais difíceis e por ter me permitido chegar até aqui.

Aos meus pais, Divino e Gessi (*in memorian*) por ter me dado a vida; à minha irmã *Olinda* (*in memorian*), por tudo que me ensinou enquanto esteve por perto; ao meu irmão Manoel pela amizade e carinho; ao meu marido Valtenir Vasco pelo companheirismo, carinho e compreensão com que me apoiou nesta fase da vida; aos meus filhos Aline e Marcos, por me fazer sorrir; ao meu sobrinho André pela ajuda técnica, indispensável para a conclusão deste estudo, pois tenho certeza que não teria chegado até aqui, sem a presença de vocês na minha vida.

Aos colegas da CAIXA entrevistados, pela disponibilidade em fornecer-me informações, compartilhando suas concepções e vivências acerca das LER/DORT que, como respondentes do questionário, contribuíram para a realização desta pesquisa.

A minha amiga e colega de trabalho, Maria Emília Assunção Cruz, que me inspirou a fazer o trabalho sobre este tema por ser portadora de DORT.

Aos meus chefes João Manoel e Jalce, por terem possibilitado minha ausência no trabalho para dedicar-me aos estudos e à pesquisa; à amiga Elizabete Ribeiro, pelo incentivo nesta caminhada, principalmente nos momentos de desânimo, sempre tinha uma palavra especial.

Ao Pascoal Antônio Gradim que gentilmente forneceu os dados solicitados para este estudo; a Helena Ribeiro Tavares pelas orientações e atenção dispensada; e a todos os amigos e colegas de trabalho, que contribuíram de alguma forma para a realização deste estudo, os quais não citarei nomes para não ser injusta caso esqueça alguns, pois foram tantos que a mim confiaram sua amizade neste período de minha vida.

Aos colegas do curso de Psicologia pela convivência, amizade, companheirismo e pelas inúmeras horas de estudo e de discussões sadias em sala de aula.

A todos os professores pelos conhecimentos transmitidos ao longo destes anos, e em especial, a Leida Maria de Oliveira Mota, pelo carinho, atenção, paciência e acima de tudo pelo exemplo de profissional a ser seguido.

E, principalmente a Heila Magali Veiga, minha orientadora e mestre, pela oportunidade de compartilhar comigo seus conhecimentos e por me fazer acreditar, que é possível a realização dos sonhos, acompanhando cada passo desta trajetória com carinho, dedicação e reflexões que me proporcionaram a concretização deste projeto.

“O problema não é o problema.
O problema é sua atitude com relação ao problema”.
(Kelly Young)

“Não importa o que as outras pessoas falem de você,
o importante é que você continue sendo a pessoa que sempre foi,
se mudar mude para melhor”.
Anônimo

“Sei que meu trabalho é uma gota no oceano,
mas sem ele o oceano seria menor...”.
Madre Teresa de Calcutá

“Quando o trabalho é um prazer,
a vida é uma alegria!
Quando o trabalho é um dever,
a vida é uma escravidão!”.

APARECIDA RIBEIRO DE MAGALHÃES

**A REALIDADE DOS PORTADORES DE DORT
ENFATIZANDO A INSTITUIÇÃO CAIXA**

Monografia apresentada como requisito
para a conclusão do curso de Psicologia
do UniCEUB – Centro Universitário de
Brasília.

Profª Orientadora: Heila Magali Veiga.

Brasília/DF, Junho de 2005

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Função atual.....	63
Gráfico 2- Tempo de serviço na empresa atual.....	65
Gráfico 3- Desenvolvimento do trabalho.....	67
Gráfico 4- Exigências do trabalho.....	69
Gráfico 5- Relacionamento no Trabalho.....	70
Gráfico 6- Situação atual do trabalho.....	71
Gráfico 7- Afastamentos do trabalho por sexo.....	71
Gráfico 8- Significado do trabalho antes das LER/DORT.....	72
Gráfico 9- Relação com a Perícia Médica.....	74
Gráfico 10- Nexocausal.....	74
Gráfico 11- Principais queixas relativas a LER/DORT.....	76
Gráfico 12- Satisfação com o tratamento.....	77
Gráfico 13- Percepção do estado de saúde atual.....	77
Gráfico 14- Mudanças de vida em decorrência das LER/DORT.....	78
Gráfico 15- Reação do portador diante das LER/DORT.....	79
Gráfico 16- Reação dos colegas diante das LER/DORT.....	80
Gráfico 17- Percepção quanto à cura da doença.....	80
Gráfico 18- Percepção dos culpados pelo desenvolvimento das LER/DORT.....	81
Gráfico 19- Condições de realizar trabalho.....	84
Gráfico 20- Satisfação com a conduta da empresa.....	86
Gráfico 21- Segurança em relação ao emprego.....	86
Gráfico 22- Percepção do modo de vida atual.....	87
Gráfico 23- Participação em atividades sociais.....	89
Gráfico 24- Valores na vida atual.....	90

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Estrutura da área de Recursos Humanos da CAIXA.....	48
------------------	---	----

SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS.....	vii
LISTA DE FIGURAS.....	viii
RESUMO.....	x
INTRODUÇÃO.....	6
2 - REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
.	
3 - CONTEXTUALIZAÇÃO DA EMPRESA ESTUDADA.....	45
4 - AS LER/DORT NA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL.....	50
5 – METODOLOGIA.....	58
6 – RESULTADOS.....	62
7 – DISCUSSÃO.....	92
8 – CONCLUSÃO.....	102
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	107
ANEXOS.....	110
APÊNDICES.....	118

RESUMO

As Lesões por Esforços Repetitivos - LER, mais recentemente designadas pela Previdência Social brasileira pela sigla DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) têm aumentado em todo o mundo nos últimos 25 anos, sendo por isso, consideradas importante problema de saúde pública atualmente. As mudanças tecnológicas no ambiente e na organização do trabalho, nos últimos anos, tiveram papel importante no incremento da LER/DORT, pois imprimiram um aumento da frequência de tarefas que necessitavam de um uso intenso dos membros superiores, com repetitividade de movimentos, ritmo de trabalho alto e, muitas vezes, com carga estática alta em membros. Dentre os trabalhadores dos vários segmentos da economia, os bancários têm uma predisposição ao aparecimento das LER/DORT, isto devido a aspectos físico-somáticos do indivíduo, associados às características das atividades que exercem. Desta forma, o presente trabalho teve como objetivo principal compreender o papel das LER/DORT na vida desses trabalhadores, tanto no aspecto profissional quanto no aspecto pessoal e na vida diária. A população estudada (n = 40) foi selecionada pelo método de conveniência, entre os empregados portadores de DORT, lotados em diversos setores da CAIXA no âmbito do Distrito Federal. O estudo foi realizado por meio de pesquisa de campo qualitativa e quantitativa, sendo que os dados foram coletados por meio de instrumento formulado com base em questionário padronizado para sintomas de LER/ DORT. Os movimentos e posturas mais frequentes que se relacionam com a origem dos distúrbios e recorrência dos sintomas na amostra estudada foram os movimentos repetitivos de membros superiores, punhos e mãos, elevação de ombro, flexão de pescoço e uso direto do computador. Durante a manifestação dos sintomas identificaram-se principalmente fadigas físicas, depressão, revolta, ansiedade, sensação de inutilidade e irritabilidade. Os resultados estabelecem indícios entre as posturas e movimentos inerentes à atividade de bancário e o desenvolvimento de LER/DORT por estes profissionais, e sua influência na qualidade de vida, mostrando, ainda a necessidade de maiores informações sobre a LER/DORT. A invisibilidade - principal característica da doença - é causadora de muitos transtornos para o portador, que sofre descrédito no trabalho, na família e junto aos profissionais de saúde.

INTRODUÇÃO

Historicamente no modo de produção capitalista, o trabalhador necessitou submeter-se a condições e ambientes de trabalho inadequados, levando-o a uma perda gradativa do controle sobre o processo produtivo e o aumento de seu desgaste físico e emocional. As doenças ocupacionais, entre elas, as LER/DORT (Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), surgem desta forma de inserção dos trabalhadores nos processos de trabalho.

A mudança de denominação da doença para distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), proposta em 1997, pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), na revisão da Norma Técnica de Avaliação para a Incapacidade de 1993, introduziu novos elementos na análise da perícia médica do INSS acerca do processo de adoecimento.

Nas LER, o que se privilegiava era o esforço repetitivo, isto é, a força e a repetição requerida pela musculatura dos membros superiores, em determinadas condições de trabalho, apontadas como núcleo de referência para o esforço e o conseqüente adoecimento. Nos DORT podemos observar dois referenciais distintos: uma atenção aos dados biomecânicos e psicossociais de reconhecida importância no entendimento desta doença; e a análise do distúrbio, o que abre a possibilidade de compreensão da doença atribuída a um caráter constitucional, subjetivo e pessoal.

As LER/DORT estão relacionadas a processos de trabalho cujas tarefas são fragmentadas, desqualificadas, repetitivas e desprovidas de significado humano. Acrescenta-se a estes fatores o ritmo acelerado de trabalho, objetivando a maior produção, além de todo um processo de isolamento e competitividade que acaba impossibilitando o aparecimento entre os trabalhadores de relações de solidariedade no trabalho. As LER/DORT se configuram como um mal-estar físico e psíquico prioritariamente, mais não somente, dos processos de trabalho repetitivos, mas também nos que exigem sobrecarga estática. Mais que um problema físico, requer toda uma compreensão do processo de sofrimento psíquico. O fator físico-mecânico está presente no desencadeamento das LER/DORT, porém não se pode deixar de considerar os aspectos psicoemocionais. A busca da qualidade e competência, o processo de fragmentação dos trabalhadores típico do Taylorismo, impede a percepção da coletividade, a construção de vínculos solidários e de identidade, entre os trabalhadores.

As Lesões por Esforços Repetitivos/Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - LER/DORT tem gerado custos de grande relevância socioeconômicas, gerado afastamentos do trabalho, conturbado as relações entre patrões e empregados e levado a grande sofrimento psíquico aos que delas são acometidos.

Verifica-se, que nos últimos 20/30 anos as LER/DORT têm se tornado uma preocupação em diversos países, sendo associadas à implantação de novas tecnologias e formas de organização do trabalho.(Couto, 1998).

É sabido que a incorporação das novas tecnologias da automação tem trazido crescimento de produtividade inimagináveis em todo o mundo, mas também um aumento rápido do número de casos de LER/DORT. Fato que tem colocado para os países a preocupação com o custo das doenças osteomusculares e também aguçado a prática de negar ou minimizar o trabalho como fator ativo neste processo de adoecimento.

A norma técnica do INSS sobre DORT (Ordem de Serviço/INSS n. ° 606/1998) conceitua as lesões por esforços repetitivos como uma síndrome clínica caracterizada por dor crônica, acompanhada ou não de alterações objetivas, que se manifesta principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores em decorrência do trabalho, podendo afetar tendões, músculos e nervos periféricos. O diagnóstico anatômico preciso desses eventos é difícil, particularmente em casos subagudos e crônicos, e o nexos com o trabalho tem sido objeto de questionamento, apesar das evidências epidemiológicas e ergonômicas (INSS, 1998).

Segundo COUTO (1998), os principais aspectos do ponto de vista histórico das afecções passam por um fenômeno social, de criação de uma doença nova, colocando as LER/DORT como uma doença progressiva, grave e incapacitante. A última grande doença do final do século, que mutila e leva as pessoas à aposentadoria por invalidez.

As Lesões por Esforços Repetitivos (LER)/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) representam um dos grupos de doenças ocupacionais mais polêmicos no Brasil e em outros países. Reconhecidas pela Previdência Social desde 1987, têm sido, nos últimos anos, dentre as doenças ocupacionais registradas, as mais prevalentes, segundo estatísticas referentes à população trabalhadora segurada (INSS, 1997). No Brasil, a partir de 1987, quando a doença passou a ser reconhecida como ocupacional pela Previdência Social,

os registros de casos aumentam a cada ano, passando a ser as mais prevalentes entre as doenças ocupacionais, segundo informações daquela instituição.

Entretanto, há uma distância entre o conhecimento adquirido através dos estudos e a legislação. No caso das LER/DORT, a literatura internacional já evidencia a sua existência em larga escala desde a década de 70. No entanto, apenas em meados da década de 80, casos diagnosticados como tenossinovites entre digitadores levaram os sindicatos de trabalhadores em processamento de dados a lutar pelo reconhecimento dessas doenças como fruto da profissão.

As LER/DORT por definição são um fenômeno relacionado ao trabalho, caracterizado pela ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não, tais como dor, parestesia¹, sensação de peso, fadiga, de aparecimento insidioso, geralmente nos membros superiores. Entidades neuro-ortopédicas definidas como tenossinovites, sinovites, compressões de nervos periféricos podem ser identificadas ou não. Frequentemente são causa de incapacidade laboral temporária ou permanente. São resultado da super utilização das estruturas anatômicas do sistema osteomuscular e da falta de tempo de recuperação.

Um tema bastante recorrente entre os trabalhadores com LER/DORT é a questão da invisibilidade da doença e da discriminação de colegas de trabalho, amigos e até de parentes. Mudar essa situação, pondo fim à escalada de exploração e desrespeito são desafios e tarefas que competem aos próprios trabalhadores, às lideranças sindicais, aos profissionais da área da saúde do trabalhador. O resultado da postura irresponsável de empregadores tem gerado um grande agravamento dos problemas, acarretando uma verdadeira epidemia de LER/DORT, doenças psicossomáticas relacionadas com o trabalho (problemas cardio-circulatórios, gastrointestinais e respiratórios) e sofrimento mental (expresso em casos de alcoolismo, depressão, estresse, ansiedade, insônia e até impotência sexual).

As LER/DORT podem surgir em qualquer ramo de atividade, desde que exponham os trabalhadores a esforços repetitivos, ritmo acelerado, falta de pausas para repouso, desconforto e pressão das chefias, jornadas prolongadas, trabalho realizado em ambientes frios, ruidosos e mal ventilados, equipamentos com defeito, mobiliários inadequados, etc.

¹ dormência

O trabalho deve servir para sustentar e realizar o homem, e não explorá-lo e adoecê-lo. De olho nos lucros, as organizações priorizam a diminuição dos custos de produção, redução dos postos de trabalho e o aumento da produtividade. Sabe-se que hoje contingentes enormes de trabalhadores estão doentes, suportando dores terríveis e sem buscar tratamento, pressionados por suas chefias, pelas dificuldades de acesso à Previdência, ou mesmo por se sentir mais protegido escondendo a doença e também por desconhecimento dos seus direitos. Embora os dados estatísticos oficiais demonstrem um crescimento bastante acentuado das doenças causadas por LER/DORT, ainda assim, há uma grande subnotificação² das doenças relacionadas ao trabalho. Defender a saúde desse trabalhador hoje significa conscientizá-lo dos riscos a que está exposto, informá-lo sobre seus direitos e, a nível das empresas, exigir a adoção efetiva de uma política séria de prevenção de doenças como as causadas pelas LER/DORT.

Embora as LER/DORT sejam reconhecidas como doenças do trabalho, as empresas continuam tentando negar sua existência. Em sua grande maioria, não cumprem as leis e mantêm as condições inadequadas de trabalho. Para isso, contam com a negligência do Estado, que não fiscaliza os ambientes de trabalho e nem exige o cumprimento da legislação.

Nesse contexto, as LER/DORT são, inegavelmente, a doença ocupacional mais freqüente nas sociedades industrializadas e mostra uma forte tendência a aumentar face aos processos industrializados. A patologia é conhecida há dezenas de anos e muitos países, preocupados com o aumento de sua incidência, mantêm comitês especiais para seu estudo e equacionamento. É, ainda, em muitos países, doença de notificação compulsória, devido à sua importância sócio-econômica. Isto porque atinge a faixa etária de maior produtividade do indivíduo e promove incapacidade parcial e mesmo invalidez, que resultam em problemas para o indivíduo e para os sistemas de seguridade social.

Mas, no Brasil, a história é diferente. Aqui as LER/DORT se tornaram uma Epidemia. Estatísticas recentes mostram que as doenças ocupacionais de maior incidência são as do grupo LER/DORT, que ocupam o 2º lugar entre as causas de afastamento do trabalho. Isto representa, atualmente, mais da metade de todas as doenças ocupacionais no Brasil (estudo utilizando dados do INSS). São dados alarmantes, mas, o que mais impressiona, é que

² Significa que os casos notificados ao INSS não representam o número real, pois as empresas e os acidentados relutam em comunicar os acidentes, dificultando ações preventivas.

não existe no país, por parte do governo, nenhum Programa de Prevenção. No entanto, as empresas gastam em torno de R\$ 12.5 bilhões/ano e o governo R\$ 20 bilhões/ano, com indenizações referentes às doenças ocupacionais. É uma realidade triste e preocupante.

Em meio a esse cenário, é preciso começar um trabalho de conscientização dos trabalhadores, afim de que os mesmos não deixem as LER/DORT evoluírem para estágios avançados, os quais possuem seus prognósticos mais sombrios. A minha experiência, tendo em vista toda a literatura estudada sobre este tema, mostra uma realidade na qual a grande maioria das pessoas pensa que uma simples bursite, uma tendinite em seu estágio inicial, não será capaz de gerar um quadro de incapacidade física temporária ou até mesmo definitiva. Esses distúrbios que parecem tão insignificantes fazem das LER/DORT a doença ocupacional mais cara dos anos 90.

Assim sendo, as Lesões por esforços repetitivos (LER) ou os Distúrbios Osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) representam um dos grupos de doenças ocupacionais mais polêmicos no Brasil e em outros países. Agregam um conjunto de lesões e disfunções caracterizadas por desconforto, adormecimento, fraqueza muscular e dor intermitente ou persistente, causadas ou agravadas por esforço repetitivo. As LER/DORT são consideradas graves e podem causar invalidez, às vezes com difícil reabilitação profissional devido a possíveis recidivas³.

Pode-se avaliar que as transformações econômicas e as pressões mercadológicas, assim como a modernização do processo de trabalho, tem contribuído para o arrefecimento de doenças ocupacionais e profissionais. Naturalmente, para cada categoria profissional existe uma característica particular de exigência mental e motora. A existência de fatores de risco para as LER/DORT, exposição e intensidade dos mesmos, tipos de desordem, os membros mais atingidos, também seguirão uma característica mais ou menos comum para cada atividade.

É incontestável que o homem passa a maior parte de sua vida no ambiente de trabalho, e devido a isto, não se pode negar a sua influência na saúde do trabalhador, uma vez que o trabalho é uma necessidade social. É constante a preocupação quanto à segurança, conforto e eficiência do sistema visando proporcionar melhorias tanto para a qualidade e

³ Reincidência, recaída.

produtividade, quanto para a saúde de quem trabalha. Em qualquer atividade, se não forem tomadas as devidas precauções, o risco para a saúde será inevitável, possibilitando o comprometimento do desempenho e a qualidade do serviço prestado.

Nesse contexto, os bancários estão entre as categorias profissionais mais afetadas por incidência da LER/DORT, muitas delas graves, podendo causar invalidez ou maiores dificuldades à reabilitação profissional, devido às possíveis recidivas. As consequências dos DORT dependem da patologia específica, grau de comprometimento do membro afetado, características de recuperação do tecido, e o tempo de afastamento recomendado para melhora do quadro clínico dependem dos fatores citados acima.

Nesse processo, encontra-se o trabalho especializado do bancário, profissional que cumpre uma extensa rede de tarefas rotineiras, com desempenho centrado em movimentos repetitivos durante a rotina de trabalho, posturas variáveis e de alto grau de diferenciação cognitiva de materiais e processos. Assim sendo, é de grande importância a identificação dos fatores predisponentes das LER/DORT, para que estes profissionais tomem conhecimento de tais riscos e executem recomendações ergonômicas preventivas.

Em meio a este cenário, nunca se falou tanto em "*stress*"⁴. O mundo de hoje é realmente estressante. A competição feroz entre as empresas, a globalização, os programas de qualidade, produtividade, *benchmarking*⁵, *downsizing*⁶, resiliência⁷ e tantos outros deixam-nos, como nunca, realmente estressados. O que produz o "stress" é trabalhar sem perspectiva de desenvolvimento, de crescimento. É não se sentir crescendo, se desenvolvendo; patinando no mesmo lugar. O que "mata" é a tensão e a ansiedade criadas pelo fato de sentir-se numa "rotina mortal" sem perspectiva de futuro.

Daí a importância do papel da qualidade de vida no trabalho nesse cenário; afinal, sob uma perspectiva organizacional, pessoas são recursos valiosos e imprescindíveis para as organizações obterem sucesso em seus negócios. Nesse aspecto, é de suma importância que as

⁴ É o resultado de uma reação que o nosso organismo tem quando estimulado por fatores externos desfavoráveis, é o mesmo que estresse.

⁵ É um processo contínuo de comparação dos produtos, serviços e práticas empresariais entre os mais fortes concorrentes ou empresas reconhecidas como líderes no mercado (<http://www.guiarh.com.br/z59.htm>).

⁶ É o enxugamento de pessoal, delegando maior responsabilidade a gerentes e funcionários de níveis mais baixos (Intranet).

⁷ Conjunto de atitudes adotadas pelo ser humano para resistir aos embates da vida (<http://www.ger.org.br/resiliencia.htm>).

empresas vejam seus empregados como seres humanos, com necessidades econômicas, e também de ordem social e psicológica.

A qualidade de vida está diretamente ligada à qualidade de vida no trabalho, já que é no ambiente de trabalho que as pessoas ocupam grande parte do seu tempo, e mesmo tendo os avanços tecnológicos concedido facilidades para agilizar a rotina de trabalho na prestação de serviços, em algumas situações a relação do trabalhador com o trabalho parece estar em conflito, sendo percebido como algo não desejável, tomando tempo e energia, ao invés de ser visto como algo que lhe dê sentido à vida, que possibilite o alcance de objetivos e status.

É com base nessa argumentação que o tema escolhido para este trabalho foi as LER/DORT, tendo em vista que o surgimento das doenças dos trabalhadores está ligado ao modo como o trabalho é distribuído e organizado na sociedade, como sempre as empresas, visando os lucros, dão preferência a profissionais multifuncionais, com isto reduzem o custo sobre salário, benefício e permanecem com o quadro de funcionários enxuto. Com a avançada tecnologia, equipamentos utilizados nas empresas são adquiridos, a princípio, para facilitar a vida dos funcionários, mas não é bem isto que acontece, as lesões por esforços repetitivos, as doenças mentais entre outras, são os resultados negativos deste processo nos dias atuais. Com estas atitudes são poucas as empresas que realmente pensam no bem-estar dos funcionários. Nesse sentido, o setor bancário não ficou alheio a tudo isto. Ao contrário, está na linha de frente das exigências, já que o capital financeiro toma também novos modos de expressão através da realidade mercadológica.

A Caixa Econômica Federal soma a essa situação uma outra questão de grande relevância: a sua condição institucional. Uma empresa pública que tem um histórico invejável de participação no desenvolvimento da sociedade brasileira, mas que agora, com as novas exigências de mercado e seu lugar diferenciado frente à política governamental, é alvo de grandes expectativas comerciais. O cotidiano de trabalho, sua estrutura e missão, as metas e objetivos começam a participar dessa nova velocidade de transformações contemporâneas do capital e necessitam que seus empregados acompanhem estes novos movimentos com eficiência e competência. Nesse contexto, as constantes mudanças organizacionais sofridas pela CAIXA afetaram de forma indelével seus empregados causando angústias, insatisfação e stress. Este trabalho pretende apontar os principais efeitos das mudanças na saúde física,

profissional e psicológica dos portadores de DORT, bem como, sugerir ações que venham a minimizar os impactos negativos dessas mudanças.

O interesse por realizar este trabalho sobre as LER/DORT na Caixa Econômica Federal, justifica-se tendo em vista, a grande importância dessa doença sob o ponto de vista histórico e socioeconômico, na vida das empresas, da sociedade em geral e também individual. Além disso, o interesse justifica-se ainda pelo fato da pesquisadora conhecer vários empregados portadores de LER/DORT, embora haja na empresa programas preventivos elaborados pela área de saúde.

Dentro deste contexto insere-se o presente trabalho, que tem como objetivo geral compreender o papel das LER/DORT na vida dos trabalhadores portadores dessa doença, tanto no aspecto profissional quanto no aspecto pessoal e na vida em geral. E como objetivos específicos pretende-se:

caracterizar o perfil dos bancários portadores de LER/DORT, tanto no seu histórico de trabalho quanto de vida pessoal;

verificar quais métodos são usualmente utilizados e que contribuem no tratamento e/ ou prevenção da LER/DORT no grupo estudado;

mostrar a realidade vivenciada pelos portadores dessa doença;

verificar quais as medidas preventivas têm possibilitado a redução dessa problemática na Empresa em questão e por meio da literatura estudada.

Para tanto, este trabalho foi estruturado e disposto em oito capítulos, os quais apresentam os seguintes conteúdos: o capítulo 2 a seguir dispõe sobre a apresentação dos autores quanto aos fundamentos teóricos sobre o Trabalho, a Relação do Homem com o Trabalho, o Significado do Trabalho, os Sentidos do Trabalho, o Estresse, Trabalho e Saúde Mental, Organização do Trabalho e Ergonomia, e, finalmente um tópico específico sobre as LER/DORT e as suas repercussões sobre a saúde do trabalhador. O capítulo 3 apresenta a contextualização da Empresa estudada, enfocando a história da Caixa Econômica Federal, sua estrutura organizacional, a atividade e campo de atuação, a missão da CAIXA e a área de Recursos Humanos com suas diversas Gerências. O capítulo 4 expõe sobre as LER/DORT enfatizando a Empresa Caixa Econômica Federal e as mudanças promovidas pela CAIXA em conjunto com a área de Saúde para conscientização, prevenção e tratamento do seu corpo funcional desde o surgimento dessa doença. O capítulo 5 apresenta a metodologia a ser

utilizada no presente trabalho, destacando-se as características da pesquisa, a descrição da amostra estudada, os instrumentos de coleta de dados e os procedimentos. O capítulo 6 é dirigido ao estudo de campo e à apresentação dos resultados das entrevistas por meio de gráficos e algumas considerações explicando os mesmos. O capítulo 7 tem como objetivo demonstrar as principais discussões a respeito dos resultados apresentados no capítulo anterior, principalmente a experiência de vida dos portadores de LER/DORT, bem como as repercussões desta doença na vida dos mesmos. O capítulo 8 apresenta as principais conclusões e recomendações advindas do trabalho, bem como algumas sugestões para pesquisas futuras.

2 – REFERENCIAL TEÓRICO

Com a ampliação do mercado competitivo, decorrente principalmente da globalização e do avanço tecnológico, novas formas de organização do trabalho foram geradas, repercutindo na aceleração da velocidade das mudanças organizacionais, e, conseqüentemente na saúde do trabalhador. Atualmente, as mudanças tecnológicas estão provocando alterações na complexidade das tarefas e na relação do homem com o trabalho; além disso, outros fatores, tais como a globalização da economia e exigências de qualidade e competitividade, provocam necessidades de atualização e preparação contínua da força de trabalho.

Assiste-se hoje a transformações importantes no mundo do trabalho. Novas formas de organização aparecem, e a natureza se modifica. Observa-se o desaparecimento de empregos permanentes e, simultaneamente, aparecem novas tecnologias e formas inovadoras de organização do trabalho. Ao mesmo tempo em que milhares de pessoas sofrem pela falta de uma vaga, outras sofrem pelo fato de terem que trabalhar excessivamente.

O mundo do trabalho está sendo reformulado. A reengenharia, a automação, o trabalho terceirizado, a competição entre as empresas, o desaparecimento gradativo da instituição do emprego, todas estas mudanças exigem o desenvolvimento de novas formas de relacionamento entre empregadores e empregados.

As mudanças do mundo do trabalho ocorrem em função de transformações sócio-econômicas mais amplas, o que fez com que as teorias de administração buscassem acompanhar tais modificações, gerando, com isso, transformações nas relações de trabalho.

O capitalismo trouxe várias mudanças para o mundo do trabalho e, principalmente, para as relações de trabalho e para os sistemas de produção. A consequência disto é que a busca por mais produtividade e lucratividade se acentuou, de modo que as organizações e os empregados estão tendo que se adaptar. Esta adaptação é complexa, pois, determina que várias mudanças aconteçam. Por conseguinte, vários conflitos têm se instalado, influenciando o funcionamento da organização. Vale frisar, ainda, que uma nova organização está sendo criada, sendo que esta mudança de paradigmas é lenta e requer que todos da organização participem.

Nesse contexto, as transformações no mundo do trabalho, articuladas ao processo de reestruturação produtiva, vêm assumindo papéis contraditórios, implicando impacto tanto positivo quanto negativo na saúde dos trabalhadores. De um lado, como impacto positivo, verifica-se que a reestruturação tem melhorado a qualidade dos processos de trabalho e favorecido o desenvolvimento de novos conhecimentos, competências e habilidades. Essas possibilidades de crescimento podem levar a realização e fortalecimento da identidade, que são elementos importantes para a saúde. De outro, como impacto negativo, verifica-se que as mudanças têm exigido dos trabalhadores elevada produtividade e máxima excelência, desencadeando uma luta incansável para superar a si mesmo e a uma desenfreada competição para ser o melhor.

São essas contradições que podem trazer sérios prejuízos para a saúde ao se transformarem em fonte de sofrimento para muitos trabalhadores, que se mobilizam para buscar a sua integridade, desenvolvendo estratégias para resistir, evitar e/ou superar esse sofrimento. Na maior parte das vezes essas estratégias são bem sucedidas, especialmente quando encontram ressonância na flexibilidade da organização do trabalho, na adequação das condições de trabalho e na qualidade das relações socioprofissionais. Quando fracassam dão lugar ao adoecimento, que pode se manifestar pelo estresse e esgotamento profissional, avançando, se não cuidado, para doenças graves como LER/DORT (Lesões por Esforços Repetitivos/ Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho). Nesse contexto, a partir desse momento, essas doenças serão designadas pelas suas respectivas siglas.

Dessa forma, as organizações devem adotar práticas voltadas prioritariamente para a prevenção da saúde do trabalhador, para implantar mudanças e transformar as situações de trabalho que impacta no processo saúde-doença. Entretanto, elaborar essas ações preventivas implica construir uma solução de compromisso que garanta, não só a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, mas a eficiência e eficácia dos serviços prestados pela instituição, proporcionando ganhos organizacionais. Para tanto, entende-se necessário saber o que é o trabalho, a relação do homem com o trabalho, o significado e o sentido do trabalho, estresse, trabalho e saúde mental, organização do trabalho e ergonomia e a LER/DORT, o que será visto nos tópicos seguintes.

2.1 O TRABALHO

Desde a Antigüidade greco-romana, o trabalho já era visto como um fator gerador e modificador das condições de viver, adoecer e morrer dos homens. Quando se estuda o trabalho, é importante saber o que os indivíduos pensam quando falam dele. De fato, o trabalho pode ser definido de várias maneiras. A palavra trabalho é derivada do latim tardio *tripalium*, que era um instrumento formado por três paus aguçados, algumas vezes ainda munidos de pontas de ferro, com o qual os agricultores batiam o trigo, as espigas de milho, o linho, para rasgá-los e esfiapá-los. Segundo o dicionário, a palavra trabalho vem de *tripalium*⁸, o que nos dá a idéia de que o trabalho sempre foi associado a algo desagradável, torturante.

Entretanto, o trabalho é o que diferencia o ser humano dos animais. Ao modificar a natureza, o homem se tornou humano. Primeiro foram as ferramentas simples que permitiram ao homem caçar, plantar e defender-se num ambiente inóspito. Depois vieram as construções, as artes, os esportes, a ciência. Sem dúvida, o homem evoluiu através do trabalho. Conseguiu impor-se à natureza, ampliou sua expectativa de vida e adquiriu conhecimento sobre si e sobre o mundo que o cerca.

Mendes (1986) identifica o trabalho como lugar de produção de significações psíquicas e de construção de relações sociais, uma mediação entre o psíquico e o social, o particular e o coletivo. O termo trabalho possui uma dicotomia em seu significado, sendo que esta dicotomia está relacionada a aspectos positivos e negativos. Segundo essa autora, o trabalho propõe, também, uma associação controvertida, relacionada a sofrimento e à transformação da natureza através da atividade humana (do latim *tripalium*, instrumento de tortura e instrumento agrícola de cultura de cereais).

A partir de uma perspectiva sócio-cultural, pode-se perceber que as representações associadas ao termo trabalho geralmente têm uma conotação negativa, embora o trabalho tenha sempre ocupado um lugar de destaque na existência humana. Assim, a categoria trabalho é comumente associada a stress, desgaste, tédio, prisão, peso, castigo, obrigação, sobrevivência, frustração, raiva, sacrifício, passatempo, desprazer, etc.

⁸ Instrumento de tortura

Albornoz (2000), apresenta três sentidos para a semântica da palavra trabalho: a) trabalho como uma atividade humana; b) trabalho como um produto coisificado – consequência de uma atividade humana (um quadro, um livro, uma comida) e c) trabalho como uma tarefa ou fim apenas imaginado (um trabalho ainda a ser concluído e que ensejará esforços).

Ainda segundo Albornoz (2000), o trabalho é uma atividade onde se exerce uma função com a finalidade de produzir e através de nosso trabalho obter recursos para a nossa vida material e a realização pessoal. Para essa autora, o homem trabalha quando põe em atividade suas forças espirituais ou corporais, tendo em mira um fim sério que deve ser realizado ou alcançado. Todo trabalho supõe tendência para um fim e esforço.

Em português, apesar de haver labor e trabalho, observam-se ambas as significações em relação à palavra trabalho: a de realizar uma obra que resulte em reconhecimento social e a de esforço rotineiro e repetitivo, sem liberdade, de resultado consumível e incômodo inevitável. O trabalho é uma expressão do espírito, que atua no mundo por intermédio da pessoa (Helliwell, 2002). Considero o trabalho como um esforço empreendido pela pessoa – esforço que pode ser físico, emocional ou espiritual – cujo objetivo é a realização de algo (que pode ser compreendido como um objeto, uma idéia, um serviço ou um projeto). O resultado alcançado pelo trabalho do indivíduo é a expressão do seu ser interior, da sua alma. Por isso, a experiência vivenciada no trabalho é única e criativa.

O trabalho se torna uma obrigação quando a pessoa trabalha no que não gosta, está ali por necessidade ou falta de opção, e o indivíduo só vai se tornar uma pessoa realizada no trabalho a partir do momento que fizer o que gosta, e fizer bem feito e com responsabilidade. Nesse sentido, o trabalho, vem sendo considerado como uma atividade que pode gerar satisfação, alegria, prazer, auto-realização, progresso, desenvolvimento, possibilidade de ser útil e até mesmo diversão.

Nesse contexto, o trabalho é de grande importância na vida de cada ser humano, porque o trabalho dignifica o homem, faz com que o homem se realize e se sinta importante para ter em mãos, a oportunidade de desenvolver a sua capacidade de transformar, de produzir, de colocar em prática o que se tem de melhor para as mudanças e exercendo a profissão recebe-se pelo seu desempenho o que irá contribuir para se ter uma vida mais digna, com os frutos do seu trabalho.

Na linguagem cotidiana a palavra trabalho tem muitos significados. Embora pareça compreensível como uma das formas elementares de ação dos homens, o seu conteúdo oscila. Às vezes carregada de emoção, lembra dor, tortura, suor do rosto, fadiga. Noutras, mais que aflição e fardo, designa a operação humana de transformação da matéria natural em objeto de cultura. É o homem em ação para sobreviver e realizar-se, criando instrumentos, e com esses, todo um novo universo cujas vinculações com a natureza, embora inegáveis, se tornam opacas.

Dessa forma, conceituar trabalho se torna uma tarefa complicada, sendo que as conotações positivas e negativas, relacionadas ao termo, ainda estão presentes, de forma muito forte, no dia-a-dia do trabalho, de modo que o mesmo tipo de trabalho pode representar, para alguns trabalhadores, atividade útil e proveitosa; ao passo que, para outros, sofrimento e dor. Sendo assim, trabalhar representa crescer e sofrer, sendo que esta dupla mensagem gera contradições no entendimento dos trabalhadores e dos empregadores, influenciando as relações de trabalho.

Considerando-se este cenário de constantes mudanças, observa-se que a insegurança é um sentimento que está presente em vários contextos da vida dos trabalhadores e, principalmente, no âmbito profissional. O indivíduo vive momentos de incerteza quanto ao seu futuro profissional; a qualificação não lhe garante estar empregado, pois, cada vez mais, o mercado se torna mais exigente, quer seja para facilitar a seleção, devido à grande demanda, ou para justificar o enxugamento de quadros. Todas estas mudanças em busca da produtividade afetaram o trabalhador, de modo que este passou a buscar, a qualquer custo, manter-se empregado. Este processo é doloroso e gera sofrimento. Sendo assim, trabalhar passa a significar sofrer e, neste sentido, o adoecimento passa a ser uma possibilidade, com uma probabilidade alta de acontecer.

Ademais, para entender melhor o efeito do trabalho na vida dos indivíduos, é importante saber como o indivíduo e trabalho se relacionam, o que será discutido no próximo tópico.

2.2 RELAÇÃO HOMEM-TRABALHO

Diante deste cenário e considerando que o sucesso das organizações está ligado com a forma na qual o indivíduo é inserido e percebido dentro da organização, é que vamos analisar a relação do homem com o seu trabalho. O trabalho ocupa um espaço muito importante na vida de todos nós, e uma grande parte de nossa vida é passada dentro das organizações. O mundo do trabalho moderno parece tomar uma configuração sentida pelo homem como mentalmente e espiritualmente pouco saudável, e muitas pessoas adoecem por causa do trabalho. Alguns indicadores tais como: aumento dos índices de acidentes, surgimento de novas doenças, alcoolismo, utilização crescente de drogas, consumismo exagerado, perda do contato do homem com a natureza e até depredação da mesma, evidenciam a deterioração da qualidade de vida.

As mudanças que ocorrem no mundo do trabalho refletem-se, primordialmente, na importância dada ao fator humano. O fator humano representa, hoje, o principal instrumento que as organizações possuem para manterem-se produtivas e competitivas no mercado. É ele quem possui a capacidade de promover mudanças e, além disso, precisa manter um esforço contínuo para atualizar-se e para readaptar-se às exigências.

Assim sendo, ao analisar a relação do homem com o trabalho vai-se desvendando o sofrimento desse indivíduo em seu contexto organizacional. Há muito tempo sabe-se que o trabalho, quando executado em ambientes insalubres e penosos, causa doenças, encurta a vida ou mata os trabalhadores. É histórico o nexo causal entre o trabalho e o sofrimento físico, colocando a ênfase da discussão sobre o corpo como lugar depositário de doenças provocadas pelas condições de trabalho. Numa nova abordagem, Dejours (1994) revela que o desgaste no trabalho não deveria ser reduzido apenas às pressões físicas, químicas, biológicas ou mesmo psicossensoriais e cognitivas do posto de trabalho habitualmente estudadas. Para o autor, é fundamental considerar a dimensão organizacional, centralizada na divisão das tarefas e nas relações de produção, contrapondo-se à concepção tradicional da ergonomia, baseada na análise das condições de trabalho. A dimensão organizacional diz respeito às relações de trabalho que são, para Dejours (1992a, p. 75), “todos os laços humanos criados pela organização do trabalho: relações com a hierarquia, com as chefias, com a supervisão, com os outros trabalhadores – e que são às vezes desagradáveis, até insuportáveis”. Considerando

essa realidade, o trabalho tanto pode fortalecer a saúde mental do trabalhador como também favorecer a constituição de distúrbios, resultando em manifestações psicossomáticas e de conduta, no que se refere à psicopatologia do trabalhador e do próprio trabalho.

Nesse sentido, a obra de Fleury e Fischer (1987) representa um marco nas análises teóricas e metodológicas do assunto. Para as autoras, as relações de trabalho nascem das relações sociais de produção, constituindo a forma particular de interação entre agentes sociais que ocupam posições opostas e complementares no processo produtivo: os trabalhadores e os empregadores. Fischer (1987), em sua obra, afirma que as relações de trabalho são uma das formas de relacionamento social e, por isso, expressam características da sociedade mais ampla, acrescentando que os padrões que assumem em quadros históricos, conjunturais e setoriais são resultantes dessas características redefinidas para os contextos em que emergem.

Dessa forma, a autora ressalta que, em termos de pesquisa e conhecimento, deve-se contemplar o espaço social e político em que as relações de trabalho se realizam: a organização do processo de trabalho, a elaboração das políticas administrativo-organizacionais e a prática cotidiana dos agentes sociais em relação.

De acordo com Siqueira (1991), as relações de trabalho que ocorrem no interior de uma organização não podem ser explicadas apenas por variáveis internas à organização, dependendo de variáveis do ambiente organizacional próprio e de variáveis da sociedade. Para os fins deste estudo, as variáveis organizações do trabalho e condições de trabalho podem ser definidas da seguinte forma: organização do trabalho são as maneiras de dividir e sistematizar as tarefas e o tempo entre grupos de trabalhadores; as especialidades decorrentes e as qualificações exigidas; as seqüências, os ritmos e cadências; a padronização e a autonomia; a participação do trabalhador na programação e o '*locus*' de realização das tarefas. Ainda de acordo com Siqueira (1991), a variável condição de trabalho implica não só as condições ambientais e os riscos específicos envolvidos no trabalho dos grupos analisados, mas também a introdução da subjetividade do empregado, refletindo a representação de seu modo específico de trabalhar e desgastar-se incluindo a saúde mental e o stress.

Segundo Dejours e Abdoucheli (1994), o sofrimento patogênico aparece quando todas as margens de liberdade na transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho já foram utilizadas. Isto é, quando não há nada além de pressões fixas, rígidas,

incontornáveis, inaugurando a repetição e a frustração, o aborrecimento, o medo, ou o sentimento de impotência. Quando foram explorados todos os recursos defensivos, o sofrimento residual, não compensado, continua seu trabalho de solapar e começa a destruir o aparelho mental e o equilíbrio psíquico do sujeito, empurrando-o lenta ou brutalmente para a descompensação (mental ou psicossomática) e para a doença.

Não se pode negar a natureza de determinado tipo de trabalho, mas pode-se minorá-la ou empreender ações que contribuam para a melhoria de suas condições e organização, a fim de permitir ao trabalhador o exercício da criatividade e a prática do lúdico, transformando o sofrimento patogênico em sofrimento criativo, objetivando o prazer.

Assim sendo, na relação do homem com o trabalho, não somente se “ganha” como também se constrói a vida, estabelecendo-se um status social que não se restringe ao ambiente físico do trabalho. Pelo contrário, a atividade profissional é parte inseparável do universo individual e social de cada um, podendo ser traduzida tanto como meio de equilíbrio e de desenvolvimento quanto como fator diretamente responsável por danos à saúde. Em síntese, a relação homem-trabalho pode curar ou gerar doenças.

Segundo Dejours (1994), nos estudos sobre as condições de trabalho, tem-se reconhecido cada vez mais a existência de fatores de agressão à saúde relacionados com o trabalho: deterioração, desgaste, envelhecimento precoce são implicações das diferentes relações do homem com seu trabalho.

Assim sendo, do choque entre história individual, com projetos esperanças e desejos, e uma organização do trabalho que os ignora resulta um sofrimento que se traduz em insatisfação, medo, angústia do trabalho. Enfim, explicitando a relação entre o aparelho psíquico e o trabalho, Dejours (1992) afirma que o bem estar psíquico provém de um livre funcionamento em relação ao conteúdo da tarefa. Assim, se o trabalho é favorável a esse livre funcionamento, existe o equilíbrio; se a ele se opõe, será fator de sofrimento e de doença (Dejours, 1992).

Nesse contexto, o sofrimento começa quando o trabalhador usou o máximo de suas faculdades intelectuais, psicoafetivas, de aprendizagem e de adaptação. Entretanto, não são tanto as exigências mentais ou psíquicas do trabalho que fazem o sofrimento, mas sim a certeza de que o nível atingido de insatisfação não pode mais diminuir.

De acordo com Dejours (1992) a insatisfação proveniente de um conteúdo ergonômico inadequado à estrutura da personalidade não é outra coisa do que uma carga de trabalho psíquico. Esta carga de trabalho não é idêntica à carga de trabalho física ou psicossensomotora. Os efeitos desta carga e o sofrimento estão no registro mental e se ocasionam desordens no corpo, não são equivalentes às doenças diretamente infligidas ao organismo pelas condições de trabalho. A carga de trabalho psíquica representada pelo sofrimento proveniente de um desconforto do corpo coloca inteiramente o trabalhador e sua personalidade à prova de uma realidade material, primeiramente. O conflito não é outro senão o que opõe o homem à organização do trabalho (na medida em que o conteúdo ergonômico do trabalho resulta da divisão do trabalho).

No centro da relação saúde – trabalho, a vivência do trabalhador ocupa um lugar particular que lhe é conferido pela posição privilegiada do aparelho psíquico na economia psicossomática. O aparelho psíquico seria, de alguma maneira encarregado de representar e de fazer triunfar as aspirações do sujeito, num arranjo da realidade suscetível de produzir, simultaneamente, satisfações concretas e simbólicas. As satisfações concretas dizem respeito à proteção da vida, ao bem estar físico, biológico e nervoso, isto é, a saúde do corpo. A satisfação simbólica desta vez trata-se da vivência qualitativa da tarefa. É o sentido, a significação do trabalho que importam nas suas relações com o desejo. Não é mais questão das necessidades como no caso do corpo, mas dos desejos ou das motivações. Isto depende do que a tarefa veicula do ponto de vista simbólico.

Segundo Dejours (1994), a saúde física e condições de trabalho são claramente apontadas pelos trabalhadores como fonte de perigo para o corpo; antes de tudo, são condições de trabalho que são acusadas as condições físicas e químicas de trabalho. Se a relação corpo -condições de trabalho muitas vezes é estudada corretamente, ao contrário, nunca se faz menção das repercussões do perigo real a nível mental, da carga (de trabalho) psíquica inerente ao trabalho perigoso que, entretanto, faz parte do desgaste do organismo. O medo relativo ao risco pode ficar sensivelmente amplificado pelo desconhecimento dos limites deste risco ou pela ignorância dos métodos de prevenção eficazes. Esta temática também é relevante para a área da Saúde do Trabalhador, pois através dela pode-se pensar no significado do trabalho na vida das pessoas e na repercussão deste sobre a qualidade de vida.

Nesse contexto, resolve-se abrir um tópico especial sobre o significado atribuído ao trabalho. para melhor entender a relação do homem com o trabalho, o que será visto a seguir.

2.3 O SIGNIFICADO DO TRABALHO

Segundo Oddone (1986), ao longo da história, o ambiente laboral tem sido causa de mortes, doenças e incapacidade para uma considerável parcela de trabalhadores. Entendido como o conjunto de condições de vida no local de trabalho, englobam tanto as características do próprio lugar (dimensões, iluminação, aeração, presença de poeiras, gases ou vapores e fumaças, dentre outros) quanto os elementos conexos à atividade em si (tipo de trabalho, posição do trabalhador, ritmo do trabalho, ocupação do tempo, horário diário, semanal, sistema de turnos, alienação e não valorização do patrimônio intelectual e profissional).

Dependendo da intensidade e também do tempo de contato dos indivíduos com esses elementos, podem resultar formas variadas de danos à saúde dos trabalhadores: da sensação indefinida de desconforto e sofrimento às doenças profissionais clássicas e aos acidentes de trabalho. Conforme Lopes et al. (1996), os trabalhadores submetem-se sem escolha às relações, organizações, condições e ambientes, expondo-se fisicamente à poeira, vapores, gases, calor, barulhos, acidentes, jornadas excessivamente longas, elementos sobre os quais não detêm nenhum controle.

O que fornece significado ao trabalho é o propósito pelo qual ele é executado. É individual e intransferível, sendo, portanto, claramente específico para cada ser humano. O que diferencia uma simples atividade do trabalho em si é a razão de sua realização. O trabalho deve preencher um porquê, uma finalidade e um valor. A razão pela qual se executa algo está vinculada a quem somos e como estamos no mundo: como nos sentimos a respeito de nós mesmos, e de que forma aquilo que fazemos impacta no mundo. O trabalho tem em si um valor intrínseco. Não é necessário que o produto seja "útil" ou "prático". A arte é também trabalho porque expressa seu criador, interfere no ambiente e é auto motivada. O que o sujeito faz expressa o que ele é no mundo, definindo-o parcialmente - levando em conta que a realização não se determina somente a partir do trabalho. A ação com significado possibilita o respeito para consigo mesmo e para com o outro, e sentimentos como esperança, dignidade, mutualidade e oportunidade de acesso a outras áreas.

O vínculo se dá a partir do momento em que o trabalho mostra relação com as expectativas, interesses pessoais, e perspectivas de crescimento pessoal e profissional. O nível de comprometimento, e porquanto da qualidade do produto, estão diretamente afetados pelo sentido que faz na vida do sujeito o objeto de seu trabalho. O fato de que a maioria dos trabalhadores hoje não consegue visualizar sentido em seu trabalho, não significa que a simples sobrevivência basta.

A crise atual de valores, as buscas de respostas mágicas, a corrida ao misticismo, a procura do significado da vida, por vezes de formas tão tortuosas, demonstram claramente que anseios profundos do ser humano têm sido amplamente desconsiderados pela sociedade atual. Longe de reduzir a problemática humana às questões do trabalho, não se pode, entretanto, negar que é basicamente a partir dele que o homem se expressa e sobrevive. O espaço que o trabalho ocupa na vida de qualquer ser humano produtivo é imensamente maior do que o de subsistência pura e simples. Quer a ele seja agregado prazer ou desprazer, jamais passa despercebido. Ou é uma carga a ser angustiadamente carregada, ou um meio de se atingir uma meta maior, parte de um objetivo de vida. Nesse sentido, o tópico seguinte aborda os sentidos do trabalho para o ser humano.

2.4 OS SENTIDOS DO TRABALHO

Na mitologia grega existe uma lenda segundo a qual Sísifo foi obrigado a realizar um trabalho que consistia em carregar uma pedra até o alto de uma montanha, de onde ela rolava sucessivamente, tornando interminável sua tarefa, ou seja, foi condenado a realizar um trabalho que, sem objetivo e sem sentido, se constitui em pesado castigo (Tittoni, 1994).

Segundo Dejours e Abdoucheli (1994), a psicodinâmica do trabalho considera a organização do trabalho a principal responsável pelo surgimento de experiências danosas ou não ao psiquismo do trabalhador. Assim, no cotidiano de trabalho são mobilizados pelos sujeitos processos psíquicos, relativos à invenção, imaginação, inovação e criatividade. O trabalho desenvolvido em certas condições exerce pressão psíquica sobre o trabalhador, gerando sofrimento devido ao embate entre expectativas e projetos de vida do trabalhador e uma dada organização do trabalho que não abre espaço para que eles sejam considerados.

Entretanto, para o ser humano, o trabalho tem um profundo significado existencial, porque é na sua relação com esta atividade que ele constrói grande parte da sua identidade. O local de trabalho é o espaço onde ele passa grande parte do seu tempo. Neste espaço, constrói relações interpessoais de afeto ou desafeto, reforça a sua auto-estima, o que lhe permite manter a sua dignidade como alguém capaz de sustentar financeiramente a si e a sua família.

A atividade laboral pode significar para o ser humano a realização de suas potencialidades, quando através dela constrói uma carreira profissional ou uma ação benéfica à sociedade. Segundo Albornoz (2000), o indivíduo moderno encontra dificuldade em dar sentido à sua vida se não for pelo trabalho. Desse modo, para que o trabalho tenha um sentido na vida de uma pessoa é necessário que ele seja significativo, ou seja, que faça parte das escolhas de sua vida e possa atender as suas necessidades de crescimento. Conseqüentemente, o trabalho pode se tornar um caminho para o autodesenvolvimento.

Na compreensão de Helliwell (2002), o trabalho significativo acontece a partir da diferença que o ser humano faz entre o emprego e o trabalho. Para ela, o “emprego” é o que satisfaz as necessidades financeiras e físicas da pessoa. Já o “trabalho” satisfaz às suas necessidades emocionais, mentais e espirituais. O trabalho, portanto, dá sentido à vida do ser humano. Na perspectiva desta autora, o ser humano pode colocar a sua alma no trabalho, a partir de duas das suas capacidades: a de escutar a própria alma e a de descobrir o propósito da sua vida.

Nesta perspectiva, a transformação do indivíduo é considerada como agente capaz de modificar a sociedade a partir da sua transformação individual. Esta questão da transformação do significado do trabalho na história da evolução da humanidade, também é tratada por Helliwell (2002), ela considera que atualmente a sociedade está testemunhando um período de transformações tanto na dimensão individual quanto na dimensão da humanidade.

A autora ressalta que cabe à pessoa escolher entre encarar o trabalho como um esforço que ela é obrigada a fazer – ocorre então a sensação de vítima e o ressentimento comum entre as pessoas que não gostam do seu trabalho –, ou como algo que escolheu fazer porque lhe dá alegria e o sentimento de que tem um objetivo. Entende-se que este objetivo pode proporcionar ao indivíduo maior ou menor realização pessoal, na medida em que se aproxima mais ou menos do sentido que confere ao trabalho na sua vida. Na pior das hipóteses, a pessoa pode estar num emprego, estritamente, para sustentar a família e poder

planejar a sua mudança de vida. Mudança que irá lhe possibilitar trabalhar naquilo que lhe é significativo.

Nesse contexto, o trabalho é uma das fontes de satisfação de diversas necessidades humanas, como auto-realização, manutenção de relações interpessoais e sobrevivência. Por outro lado, também pode ser fonte de adoecimento quando contém fatores de risco para a saúde e o trabalhador não dispõe de instrumental suficiente para se proteger destes riscos.

Segundo a Associação Brasileira para Prevenção de Acidentes (2000), a segunda causa de afastamento do trabalho, no Brasil, é uma doença ocupacional: as afecções músculo-esqueléticas relacionadas ao trabalho, que têm acometido principalmente bancários, metalúrgicos, digitadores, operadores de telemarketing, secretárias e jornalistas. As doenças ocupacionais têm tido alta incidência e levado à diminuição de produtividade, ao aumento de indenizações e demandas judiciais contra empregadores (Ong, 1994), além de prejuízos para a qualidade de vida do trabalhador. Múltiplos fatores de risco podem causar doenças ocupacionais, sejam físicos (por exemplo, excesso de ruídos), químicos (por exemplo, gases poluentes), biológicos (por exemplo, vírus), ergonômicos (por exemplo, postura inadequada) ou psicossociais (por exemplo, falta de suporte de supervisores). Fatores de risco psicossociais podem desencadear estresse, entendido como uma reação complexa com componentes físicos e psicológicos resultantes da exposição a situações que excedem os recursos de enfrentamento da pessoa. A análise da evolução do trabalho para a sociedade e para o indivíduo evidenciou que o ser humano, da atualidade, busca realizar um trabalho significativo, que está relacionado com o seu propósito de vida e lhe proporciona a realização pessoal e profissional.

Considerando esse contexto do trabalho no adoecimento psíquico, no tópico a seguir verifica-se como o stress afeta a saúde dos trabalhadores gerando, dentre outras doenças, as (LER/DORT).

2.5 ESTRESSE

O'Neill (2000) relata que um dos grandes fatores de risco para LER/DORT é o diagnóstico de stress. Moura (2000) refere que o stress pode ser considerado uma reação de adaptação do indivíduo frente às constantes demandas diárias, para a busca de adaptação e

restabelecimento da homeostase. Para esta adaptação do indivíduo, as alterações fisiológicas, cognitivas e emocionais ocorrem. A intensidade da reação de stress depende, em grande parte, da avaliação subjetiva feita pelo indivíduo sobre a gravidade ou importância de uma dada situação. O processo do stress se divide em três fases: alerta ou alarme, resistência e exaustão, sendo que os sintomas se diferenciam dependendo da seriedade do stress.

Estresse recorrente e intenso pode levar a doença ou aumentar a incidência ou a severidade de alguns sintomas como angústia, irritabilidade, queda de desempenho, doenças e absenteísmo. Estressores relacionados ao trabalho como elevada carga de trabalho, baixa autonomia na realização de atividades, excesso de pressão, ambigüidade em relação ao futuro, chefias rígidas e autoritárias e conflitos com colegas e superiores podem produzir resposta de estresse que aumentam o potencial para adoecimento.

Estas respostas podem ser emocionais (irritabilidade, insatisfação com o trabalho e angústia), fisiológicos (aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca e da tensão muscular) e comportamentais (uso indevido da força, absenteísmo, uso abusivo de medicamentos). Sob estresse acentuado, os trabalhadores podem se envolver em atividades sem pausas para descanso, para manterem a produtividade alta ou usar a força e pressão para a realização de tarefas, havendo assim descompensação fisiológica como aumento das respostas neuromusculares periféricas e tensão muscular, contribuindo para desencadear LER/DORT. É importante ressaltar que além destas condições favoráveis ao aparecimento de doenças ergonômicas principalmente na mulher, existem também fatores que ao longo do período podem contribuir para o desenvolvimento dos mesmos. São os fatores de risco:

ocupações de repetição, digitação, atividades informatizadas;
atividades intensivas, prolongadas, que exijam participação constante do tronco ou dos membros superiores;
grandes esforços físicos;
postura estática e / ou desajeitada;
vibração corporal total ou segmentar;
estresse mecânico localizado;
pressão no trabalho;
qualidade de vida / sedentarismo;
condições ambientais / extremos de temperatura.

Segundo Lipp (1996), o stress é uma reação adaptativa do organismo humano ao mundo em constante mudança. Todavia, quando suas causas se prolongam e os meios de enfrentamento são escassos, o estresse pode avançar para fases de maior gravidade, quando o corpo se torna vulnerável a doenças diversas. As respostas físicas e psicológicas ao estresse dependerão da herança genética, estilo de vida e estratégias de enfrentamento utilizadas pelo indivíduo, bem como da intensidade e duração do agente estressor. Estas circunstâncias impõem ao trabalhador uma alta demanda a ser enfrentada. Se o indivíduo apresentar um repertório deficitário de enfrentamento, será, então, desencadeado o estresse ocupacional. Portanto, quanto maior a demanda e menor o controle, mais provável será a ocorrência de estresse e prejuízos à saúde do trabalhador.

O stress ocupacional tem sido considerado fator de risco para doença como burnout em trabalhadores de educação (Codo, 2000), afecções músculo esqueléticas relacionadas ao trabalho em usuários de terminais de vídeo (Ong, 1994), dentre outros sintomas e doenças. Assim sendo, dadas as perdas humanas e econômicas associadas ao estresse ocupacional, tornam-se necessárias intervenções para sua prevenção ou controle.

Nesse sentido, o trabalho operacional na organização do trabalho se expressa em movimentos repetitivos e posições incômodas por jornadas longas, competitividade, medo de demissão, que por sua vez contribuem para o aparecimento de inúmeras doenças, entre elas as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) que tem atingido proporções epidêmicas nos últimos anos (O'Neill 2000). As LER/DORT são resultado de uma sobrecarga no sistema músculo-esquelético, que é exigido além dos limites humanos, sem tempo para recuperação.

Já a relação que o trabalho estabelece com a categoria qualidade de vida é bastante complexa, pois ao mesmo tempo em que o trabalho pode ser agravante do estado de saúde das pessoas e fonte de desprazer, pode também gerar satisfação e bem-estar. Sendo assim, o trabalho tanto pode influir de forma positiva quanto negativa; para o aumento ou para a diminuição da qualidade de vida. Nesse contexto, no tópico seguinte será analisada a relação trabalho-saúde mental do homem, abordando o porque do sofrimento do corpo e da mente.

2.6 TRABALHO E SAÚDE MENTAL

Observa-se que, considerando a "cultura" sobre doença do trabalho, verifica-se que ela se expressa no fato de que os trabalhadores buscam o auxílio dos serviços de atendimento na área médica somente quando a doença está a tal ponto intensificada, que passa diretamente a interferir em sua produtividade e em sua vida. Dessa forma, fazem longas "peregrinações" nos serviços médicos, relutando em reconhecer que sua situação de adoecimento pode estar diretamente relacionada com seu trabalho (Tittoni, 1994). As vivências de "estar improdutivo" ou "ser incapaz" são intensas o suficiente para mobilizar práticas que neguem o adoecimento. O resultado disso é o agravamento da doença e a dificuldade de implementação de estratégias preventivas no universo de Trabalho.

Ainda para Tittoni (1994), a análise da subjetividade e sua importância na compreensão desse tema passam por considerar que a questão saúde não é meramente informativa, embora saibamos da carência de informações que os trabalhadores têm sobre seus direitos e os "caminhos" legais a recorrer para conquistá-los. O que se pode perceber com relação à saúde mental e trabalho é a supremacia do indivíduo sobre a organização do trabalho. Tanto no discurso empresarial quanto sindical, trata-se de "casos" - o "caso" do fulano, onde se privilegia a "personalidade do indivíduo". A tentativa de manutenção da "normalidade" pode criar uma série de dificuldades de ordem subjetiva, reprimidas até situações limite, gerando crises emocionais ou mesmo problemas de ordem psicossomática, como úlceras, gastrites ou problemas cardíacos. Da mesma forma, essas dificuldades podem expressar-se diretamente a sua origem, como dificuldades no relacionamento da atividade profissional.

Para Cardoso (1997), o indivíduo moderno encontra dificuldade em dar sentido à vida se não for pelo trabalho. Nesse sentido, o trabalho é, fundamentalmente, uma produção social, construtor de uma identidade. Segundo essa autora, a identidade profissional se produz nas relações de trabalho, mas estas relações de trabalho são produzidas por indivíduos com histórias próprias, com diferentes origens sociais. Portanto, ela é também produzida pela sociedade como um todo e, fundamentalmente, pela imagem social que aquela categoria de trabalhadores possui.

Não se deve falar, então, da saúde do trabalhador, como se estes constituíssem um grupo homogêneo. Pode-se bem notar, que mesmo submetidos a uma mesma "cultura organizacional" (como chamamos o conjunto de normas, valores e crenças que configuram a empresa estudada), produzem formas diferenciadas de lidar com esta organização, formas que variam em função do cargo que ocupam dentro da empresa, de todas as representações destes cargos e em função de suas histórias pessoais. Bem o sabemos - e disto nos fala a Psicopatologia do Trabalho - que o sofrimento mental surge exatamente quando estas histórias são individualmente confrontadas a uma organização do trabalho que as ignora.

Em resumo, o prazer e o desprazer que a pessoa sente no trabalho vai estar envolvendo uma série de fatores, como: estar pondo em ação as suas habilidades; poder colocar sua inteligência em ação; a relação que mantém com a empresa; e receber o reconhecimento, os méritos pelo seu trabalho. Todos estes pontos podem estar diretamente relacionados com a obtenção de satisfação, de prazer com o trabalho. Uma ressalva deve ser feita em relação ao vínculo que se estabelece com a empresa (que não pode ser resultado de uma interação despreziosa e alienada), mas deve necessariamente ser fruto de uma troca, onde os limites devem ser estabelecidos, e não serem vistos como gratidão e benevolência por parte dos patrões.

Entretanto, antes da caracterização das LER/DORT, que é o tema central deste trabalho, será abordado no tópico seguinte o descontentamento dos trabalhadores no decorrer dos anos diante da organização taylorista do trabalho e o que a Ergonomia pode oferecer na prevenção da LER/DORT.

2.7 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E ERGONOMIA

Nesse contexto, Neto (1989) relata que estudiosos constataram, desde o início de suas reflexões, o descontentamento dos trabalhadores diante da organização taylorista do trabalho. Esse descontentamento, que se exprime de diversas maneiras (absenteísmo, rotatividade do pessoal, negligência), traduz o desinteresse frente ao trabalho. Uma rejeição total aos pressupostos de Taylor (o trabalhador que tem a força e a inteligência de um boi) ou de Ford (o trabalhador deve deixar sua inteligência junto com o chapéu, no vestiário).

A proposta de Taylor era a divisão extrema do trabalho e das tarefas, preconizadas por Adam Smith no século XVII. A organização taylorista inserida na divisão histórica do trabalho é a gênese do fordismo, modelo prático dos princípios de Taylor aplicados à indústria automobilística no final do séc. XIX e início do séc. XX - linha de montagem.

O modelo Taylor – fordista preconiza:

separação entre planejamento e execução: alguém especializado e pertencente à gerência organiza o trabalho – nunca o operário;

operário não deve pensar, deve realizar o trabalho;

a parcialização das tarefas e redução do ciclo de trabalho: é a presença da segmentação dos movimentos em unidades de força e energia necessárias;

com Ford, isto se transforma em linha de montagem. Ford operacionalizou o que Taylor concebeu. O operário não tem o controle sobre o processo produtivo;

a tarefa como categoria central de análise: para Taylor a idéia de tarefa é fundamental em seu sistema. O que deve ser feito, como e o tempo de execução geraram a ideologia do controle de qualidade, controladores, cronometristas, vigiando o trabalho dos operários.

A lógica Taylorista-Fordista tem seus limites, como se pode constatar pela relação de condições de trabalho e o aparecimento das LER. Nessa mesma linha e conforme teoria de Morgan (1996), Taylor foi o pioneiro daquilo que hoje é conhecido como administração científica e defendia cinco princípios básicos:

transfira toda a responsabilidade da organização do trabalho do trabalhador para o gerente;
use métodos científicos;

selecione a melhor pessoa para desempenhar o cargo;

treine o trabalhador para fazer o trabalho eficientemente;

fiscalize o desempenho do trabalhador para assegurar os procedimentos apropriados do trabalho.

Ao aplicar esses princípios, Taylor defendeu o uso de estudos de tempos e movimentos como meio de analisar e padronizar as atividades de trabalho. Modelos de seu enfoque da administração científica são encontrados em numerosas fábricas, organizações de varejo e escritórios. Tudo aquilo que deve ser pensado é feito por gerentes e planejadores, deixando tudo aquilo que deve ser feito para os empregados. É o trabalho mecanicista que envolve a mecanização da vida de forma geral.

Nesse enfoque, a apatia muitas vezes reina no ambiente de trabalho, à medida que as pessoas aprendem a sentirem-se impotentes a respeito dos problemas que são coletivamente compreendidos. Em consequência, surgem problemas no comportamento humano. O enfoque mecanicista da organização tende a limitar, em lugar de ativar, o desenvolvimento das capacidades humanas, modelando os seres humanos para servirem aos requisitos da organização mecanicista, em lugar de construir a organização em torno dos seus pontos fortes e potenciais. Os empregados perdem oportunidades de crescimento pessoal, despendendo muitas horas por dia em um trabalho que nem valorizam nem apreciam, enquanto as organizações perdem contribuições criativas e inteligentes que a maioria dos empregados é capaz de fazer, dadas as corretas oportunidades. Portanto, o trabalho mecanicista, além de influenciar a saúde e o desenvolvimento organizacional, contribui também para o surgimento das LER/DORT, tanto pela característica do trabalho repetitivo como pela baixa resistência do empregado, imposta pela desmotivação profissional.

O mundo do trabalho evoluiu nos últimos 80 anos e é premente a revisão estrutural dos modelos tradicionais. Conceber o homem como unidade básica e essencial do trabalho, garantir a sua integridade física e mental, a sua segurança e o seu conforto é o caminho certo para o alcance de seu desempenho em produtividade e qualidade. O homem valorizado no seu potencial global é mais criativo e responsável. A criatividade humana é hoje a chave dos processos de produção que exigem cada vez mais redução de custos.

Projetos tecnológicos avançados devem incluir a participação daqueles que executam as tarefas. Criar ferramental apropriado ou adaptar a mesa de um computador exige a participação ativa daqueles que a operam. Portanto, a satisfação no trabalho aumenta a produtividade. Chiavenato (1983) apresenta novas proposições sobre a motivação humana, que representa o fator fundamental na participação do empregado no trabalho e sua relação com a organização.

Nesse enfoque, o autor estabelece a relação existente entre a empresa e o empregado e o comportamento humano resultante dessa integração. Portanto, verifica-se que, quando a empresa satisfaz às necessidades do empregado, ela está contribuindo para sua motivação que, por sua vez, contribui para a melhoria do clima organizacional e maior participação do empregado no dia-a-dia do trabalho. Nesse sentido, Chiavenato (1993) descreve, ainda, que o comportamento organizacional se fundamenta no comportamento individual das pessoas.

Nessa abordagem, o homem é considerado um animal complexo, de necessidades complexas e diferenciadas, que orientam o seu comportamento em direção a certos objetivos pessoais. Assim que uma necessidade é satisfeita, logo surge outra em seu lugar, dentro de um processo contínuo, que não tem fim. O administrador precisa conhecer as necessidades humanas para melhor compreender o comportamento humano e utilizar a motivação como poderoso meio para melhorar a qualidade de vida dentro das organizações.

São as necessidades fisiológicas e sociais que motivam o comportamento, dando-lhe direção e conteúdo. Quando alguma dessas necessidades não é satisfeita, ela domina e direciona o comportamento. Assim, formas de comportamento, como passividade ou recusa de aceitação de responsabilidade, são geralmente sintomas de uma insatisfação.

Na obra de Chiavenato (1983) há o entendimento de que qualquer frustração ou a possibilidade de não satisfação de certas necessidades passa a ser considerada ameaça psicológica. Essas ameaças é que produzem as reações gerais de emergência no comportamento humano, podendo levar ao desinteresse, ausência física ou ausência mental do empregado. Nesse contexto, o absenteísmo corresponde ao modo pelo qual os funcionários apresentam seus descontentamentos e frustrações com o próprio ambiente de trabalho. Outro fator que contribui para o absenteísmo, além da saúde física e mental, é o ambiente de trabalho. Sendo as causas da LER/DORT relacionadas ao trabalho realizado, para prevenir é necessário mudar o trabalho, isto é, modificar as condições de trabalho que podem potencialmente causar a doença.

Nesse contexto, a ergonomia tem papel fundamental na prevenção das LER/DORT. Conforme publicação da Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, Grandjean (1992) descreve que a Ergonomia nasceu durante a segunda guerra mundial e conta com pelo menos 20 mil especialistas em todo o mundo, o que lhe dá força: inúmeras revistas de bom nível, milhares de obras de referência, mas também uma certa heterogeneidade devido à multiplicidade das abordagens às vezes quase que opostas. As bases teóricas da ergonomia são múltiplas, ligadas às disciplinas que contribuem para os seus saberes: antropometria física, biomecânica, áreas diversas da fisiologia, múltiplos ramos da psicologia. Os critérios de cientificidade dessas disciplinas são essencialmente de tipo experimental.

Tais conhecimentos são fundamentais ao planejamento de tarefas, postos e ambientes de trabalho, ferramentas, máquinas e sistemas de produção, a fim de que sejam utilizados com

o máximo de conforto, segurança e eficiência. Procura-se, portanto, adaptar o trabalho às necessidades do homem. Para alcançar estes objetivos, a ergonomia atua em diversas frentes, sempre tentando melhorar as condições de trabalho e condições de vida das pessoas. Melhoras em condições de trabalho propiciam resultados quantitativos e qualitativos no sistema de trabalho.

O texto aborda ainda que o aumento da produtividade está diretamente relacionado com o fator humano, e a competitividade depende da qualidade dos produtos planejados, desenvolvidos e fabricados por este mesmo fator humano. Então, para conseguir produtividade e competitividade é preciso, dentre outras coisas, centrar o enfoque no trabalhador. Assim, a moderna administração empresarial não pode mais prescindir do uso de novas tecnologias, como a ergonomia, para a melhoria da produtividade e da competitividade.

Apesar de a vida de uma pessoa não se limitar ao trabalho, sabe-se que, normalmente, um terço do dia do indivíduo fica reservado ao trabalho. Portanto, melhores condições de trabalho significam melhores condições de vida.

No intuito de normalizar direitos e deveres e proteger os empregados e empregadores foram criadas leis que tratam das LER/DORT, sendo que neste trabalho será tratada a NR 17 (Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde do Trabalhador). Em 1990, o Ministério do Trabalho por meio da NR 17, da portaria nº 3.214/78, regulamenta alguns aspectos da ergonomia, introduzindo a obrigatoriedade da realização da análise ergonômica dos postos de trabalho. No Brasil, a qualidade das condições de trabalho é tema da NR-17, publicada pelo Ministério do Trabalho. Esta norma exige do empregador condições e postos de trabalho que atendam a um mínimo de requisitos ergonômicos. Nesse contexto, a NR 17 visa estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto e desempenho eficiente e segurança.

A NR-17 traz grandes avanços para o trabalhador, pois existe a preocupação de analisar:

processo de trabalho;

ambiente de trabalho;

e a organização do trabalho.

Outra grande conquista do trabalhador está na análise ergonômica prevista no item 17.1.2, que estabelece: “quando houver uma demanda de acidente de trabalho ou denúncia pelo não cumprimento da Norma na DRT (Delegacia Regional do Trabalho), a fiscalização solicita a análise e deve ser realizada uma avaliação do ambiente e das condições de trabalho que o trabalhador enfrenta em sua jornada laboral”.

A NR-17 também enfoca as normas sobre o trabalho em terminal de vídeo, bem como regulamenta condições de conforto ambiental, em locais de trabalho onde são executadas atividades que exigem solicitação intelectual e atenção constante, tais como: salas de controle, laboratórios, escritórios, salas de desenvolvimento para análise de projetos, etc. A norma também busca regulamentar procedimento e normas através de Acordos Coletivos de Trabalho.

Os aspectos mais polêmicos da NR-17 concentram-se na organização do trabalho. As empresas devem realizar a análise ergonômica dos postos de trabalho e, com base em tais laudos, conseguir normalizar objetivamente as exigências através de Acordos Coletivos de Trabalho.

O subitem 17.6.4 estabelece pausas de 10 minutos em cada hora trabalhada, para atividades de entrada de dados. Esta medida revela uma intenção explicitada do legislador em distinguir as duas situações (entrada de dados X outros), o que está coerente com algumas considerações técnicas que justificariam a mudança. Na realidade, o limite de cinco de trabalho e pausa de 10 minutos por hora visam, em grande parte, prevenir o problema LER/DORT. Este problema está relacionado com a velocidade excessiva do movimento dos dedos, característica dos trabalhos de digitação de entrada de dados.

Para entender melhor o aparecimento e a evolução das LER/DORT é necessário analisar o posto de trabalho e a evolução do trabalho nas instituições financeiras do Brasil. A análise do posto de trabalho, segundo Couto (1991), cumpre três finalidades importantes: identificar fatores biomecânicos e outros contributivos para o aparecimento de LER/DORT; permitir a adoção de medidas corretivas antes que os trabalhadores venham apresentar problemas; remanejar trabalhadores em fase inicial da patologia para postos de menor risco. Nesse contexto, analisa-se no tópico seguinte as Lesões por Esforços Repetitivos/ Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho.

2.8 AS LER/DORT

A abordagem neste tópico, passa por diversos autores que tratam o indivíduo como ser psíquico, não desprendido de suas emoções, o que normalmente não acontece na medicina tradicional que observam somente os fenômenos físicos ocorridos com os pacientes, ou melhor, com o indivíduo enquanto ser humano.

Segundo Cardoso (1997), a identidade profissional se produz nas relações de trabalho, mas estas relações de trabalho são produzidas por indivíduos com histórias próprias, com diferentes origens sociais. Portanto, ela é também produzida pela sociedade como um todo e, fundamentalmente, pela imagem social que aquela categoria de trabalhadores possui.

Na definição das LER/DORT, segundo o INSS, trata-se de um conjunto de afecções que atinge grupamentos musculares e ou tendões e ou fâscias, principalmente de membros superiores, ombros ou pescoço, decorrente de microtraumas desencadeados por esforços repetitivos ou manutenção de posturas que acarretem contratura muscular.

A Ordem de Serviço nº 606 (INSS, 1998) define como: DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - É uma Síndrome Clínica caracterizada por dor crônica acompanhada ou não por alterações objetivas e que se manifesta principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores em decorrência do trabalho, (...) que se instalam insidiosamente em determinados seguimentos do corpo em consequência de trabalho realizado de forma inadequada. Assim, o nexo é parte indissociável do diagnóstico que se fundamenta numa boa anamnese ocupacional.

Para Couto (1998, p.20), as LER/DORT são “transtornos funcionais, mecânicos e lesões de músculos e/ou de tendões e/ou de fâscias e/ou de nervos e/ou de bolsas articulares e pontas ósseas nos membros superiores ocasionados pela utilização biomecanicamente incorreta dos membros superiores, que resultam em dor, fadiga, queda da performance no trabalho, incapacidade temporária e, conforme o caso, podem evoluir para uma síndrome dolorosa crônica, nesta fase agravada por todos os fatores psíquicos (inerentes ao trabalho ou não) capazes de reduzir o limiar de sensibilidade dolorosa do indivíduo”.

As LER, segundo Couto (1991), estão na dependência da interação de quatro fatores desencadeantes básicos que são: força, repetitividade, posturas viciosas do membro superior e compressão mecânica de estruturas. Esses fatores agindo sinergicamente, ou a existência de

dois ou mais simultaneamente, aumenta muito o risco. Outros fatores associados a maior incidência de LER/DORT são vibrações, temperatura ambiental abaixo de 21° C, sexo feminino e uso de anticoncepcionais orais, posturas estáticas prolongadas, tensão e desprazer no trabalho, traumatismo e atividades anteriores de risco envolvendo membros superiores.

Para Couto (1998, p.58/59), “Deve-se distinguir quatro realidades em relação às LER/DORT:

Primeira: *ass lesões existem, são muito freqüentes, ocasionam grandes perdas e sua incidência tem aumentado significativamente nos últimos tempos;*

Segunda: *pela complexidade de fatores envolvidos, pelas características em grande parte subjetiva de sintomas e pela superposição das variáveis, elas costumam ser vistas de forma maniqueísta, entre os extremos daqueles que nelas acreditam de forma total e absoluta, e aqueles que duvidam totalmente de sua existência, sendo a posição mais sensata aquela de se procurar distinguir os limites do acontecimento;*

Terceira: *há certamente quem tenha ganhos secundários com as lesões;*

Quarta: *no Brasil, à semelhança da Inglaterra e da Austrália, elas tomaram forma de um verdadeiro fenômeno social, especialmente nas regiões onde a representação dos trabalhadores e a fiscalização social do trabalho são mais intensas”.*

Entre as patologias mais comuns definidas como LER/DORT tem-se maior incidência no trabalho do bancário e do caixa, conforme constatado por estudo dos diagnósticos relacionados às LER/DORT no Ambulatório de Doenças do Trabalho do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em 1992.

Outro fator que favorece a incidência das LER/DORT são as mudanças organizacionais e estruturais, que acarretam expectativas, estresse e angústia nos empregados. Em trabalho apresentado na ENANPAD, Nakayama (1998) ressalta que a mudança organizacional caracteriza-se por transformações cada vez mais rápidas, profundas e amplas que exercem um impacto direto nos trabalhadores. Seus efeitos, positivos ou negativos, geram instabilidade e estresse, ou seja, implicam renúncias, perdas e adaptações. Após análise de pesquisa realizada em quatro empresas, sendo elas um banco, uma empresa estatal, uma prefeitura e uma fábrica de tratores e colheitadeiras localizadas no Rio Grande do Sul, constatou-se um alto índice de mudança do tipo revolucionário e o efeito devastador que este processo gera sobre a saúde do trabalhador. Nesse contexto, enfatiza-se a importância de se

respeitar o ritmo de aprendizado e mudanças individuais, estimulando a participação e reduzindo os riscos de ansiedade diante das mudanças organizacionais necessárias.

Em outro trabalho apresentado na ENANPAD, Hastenreiter (1999) destacou que os diversos estudos na área do comportamento organizacional têm como foco principal a questão da motivação. Foi considerado que o ser humano vive um estado de carência que será suprimido a partir da busca de seu correspondente fator de motivação. O ato motivacional se dá no momento de encontro entre a necessidade e o condizente fator de satisfação, determinando um estado de satisfação. Em face deste entendimento, optou-se por um trabalho de pesquisa para medir a satisfação do trabalho, que permitisse identificar alguns fatores de satisfação capazes de sustentar comportamentos positivos, juntamente com outros fatores que direcionam o comportamento negativamente.

Atualmente as LER/DORT geram polêmica nas empresas, nos sindicatos, entre os médicos, no INSS, nos Tribunais de Justiça do Trabalho e provoca o envolvimento de profissionais de várias áreas para detecção do problema e a busca de seu possível controle.

A equipe que se propuser a tratar das LER/DORT, não basta ser uma equipe de bons profissionais, tem que conseguir que exista uma coerência entre esses profissionais, que exista um denominador comum e que eles partilhem da mesma idéia sobre o problema tratado.

A grande dificuldade está no fechamento de um diagnóstico amplo, que envolva a doença, fisiologicamente falando, o trabalhador, com suas características de personalidade e o trabalho, com sua organização e divisão dentro da empresa.

Segundo curso ministrado pela Manager (1999), Frangieh destacou que avaliar um paciente portador de distúrbios músculo-esquelético associados ao trabalho não é tarefa das mais fáceis que um médico pode enfrentar porque, muitas vezes, não é possível evidenciar lesões macroscópicas que permitam estabelecer a clássica associação que se está acostumado a procurar entre as queixas apresentadas e as mudanças dos tecidos que as legitimam. Por isso, a primeira regra da boa avaliação médica do paciente com distúrbio músculo-esquelético ocupacional, prescrita por Ramazzini, em 1700, é que o médico que vai atender a um trabalhador não deve se limitar a pôr a mão no pulso, com pressa, assim que chegar, sem se informar das suas condições. Portanto, segundo Ramazzini, não delibere de pé sobre o que convém ou não convém fazer, como se não lidasse com uma vida humana.

Nesse mesmo sentido, o INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social elaborou um conjunto de normas técnicas e orientações para avaliação da incapacidade motivada pelas LER/DORT, onde são descritos os sintomas, tratamentos, graus de complexidade da doença, prevenções, etc. O trabalho apresenta alguns aspectos que devem ser conhecidos pelo médico e equipe que atenderão aos pacientes portadores de LER/DORT:

conhecer as consequências sofridas por um trabalhador que desenvolve LER/DORT;

lembrar que as doenças podem ser fruto da incapacidade de adaptação do indivíduo ao seu meio;

tratar o paciente com LER/DORT de uma maneira especial, enfocando as ações terapêuticas no contexto holístico de avaliação das pessoas doentes.

A avaliação médica ocupacional de um paciente com LER/DORT pode ser, didaticamente, dividida em 5 processos clínicos:

contato inicial;

queixa principal, histórico da doença e antecedentes;

avaliação preliminar da presença do risco extrínseco;

determinação da presença de risco intrínseco e de doenças associadas;

exames complementares.

A publicação da Norma do INSS descreve de forma clara e simples a evolução das LER, o tratamento adequado, as medidas preventivas, os sintomas e identificação da lesão, buscando, com esta normalização, orientar as empresas na condução do problema.

Para se ter noção da gravidade da lesão, descrevemos abaixo alguns pontos importantes da norma do INSS, uma vez que espelha com precisão a evolução das LER/DORT dentro da Empresa. Em relação ao Diagnóstico das LER/DORT, a norma do INSS ressalta que a dor é o principal sintoma. Na maioria dos casos há dificuldade em definir um tipo de localização da dor, que costuma iniciar gradualmente por uma região anatômica (punho, cotovelo e ombro), mas acaba atingindo todo o membro superior. Além da dor, os portadores de LER queixam-se de parestesia, dores irradiadas, edemas, rigidez e limitação dos movimentos pela dor, com repercussões diretas sobre o trabalho. Podem ocorrer também sintomas gerais associados como ansiedade, irritabilidade, alterações do humor e do sono, fadiga crônica e cefaléia tensional. Portanto, o diagnóstico é essencialmente clínico.

No que diz respeito à evolução das LER/DORT, sabe-se que é uma doença evolutiva com tendência ao estadiamento. Sendo assim, o INSS classifica os estágios evolutivos da LER/DORT, objetivando o reconhecimento das fases clínicas, bem como da orientação na conduta. Cada forma clínica da LER/DORT apresenta quadro clínico específico, mas para melhor compreensão são considerados os estagiamientos da LER/DORT em geral, em graus de comprometimento, conforme descrito abaixo:

GRAU I – Sensação de peso e desconforto no membro afetado. Dor espontânea nos membros superiores que aparece ocasionalmente durante a jornada de trabalho. Raramente ocorre queda da produtividade. Melhora com o repouso. O exame clínico costuma evidenciar dor apenas quando se comprime a massa muscular afetada. Tem bom prognóstico.

CONDUTA: investigar condições de trabalho. Orientar o trabalhador. Mudança de função. Retorno e acompanhamento periódico.

GRAU II – A dor é mais persistente e mais intensa e aparece durante a jornada de trabalho de modo intermitente. É tolerável e permite o desempenho da atividade profissional, mas já com reconhecida redução da produtividade nos períodos da exacerbação. Pode ser observado no exame clínico pequena nodulação acompanhando a bainha dos tendões envolvidos, e a palpação pode ser dolorida. Prognóstico favorável.

CONDUTA: afastar do trabalho. Emitir comunicado de acidente do trabalho (CAT). Tratamento com medicamentos e fisioterapia. Orientar para não desenvolver atividades domésticas que necessite a utilização da musculatura afetada.

GRAU III – A dor torna-se mais persistente, é mais forte e tem irradiação mais definida. É freqüente a perda da força muscular. Há sensível queda de produtividade, quando não a impossibilidade de executar a função. O repouso apenas atenua a dor. Os sinais clínicos estão presentes. Nesta etapa, o retorno à atividade produtiva é problemático. Prognóstico reservado.

CONDUTA: afastar do trabalho. Emitir comunicado de acidente do trabalho (CAT). Medicação analgésica e fisioterapia. Acompanhamento psicológico.

GRAU IV – A dor é forte, contínua, por vezes insuportável, levando o paciente a intenso sofrimento. Os movimentos acentuam consideravelmente a dor, que em geral se estende a todo o membro afetado. Os sinais clínicos estão presentes e de forma exacerbada. A capacidade de trabalho é anulada e a invalidez se caracteriza pela impossibilidade de um trabalho produtivo regular. Os atos da vida diária são também altamente prejudicados. Nesse estágio são comuns as alterações psicológicas com quadros de depressão, ansiedade e angústia. Prognóstico sombrio.

CONDUTA: emitir CAT – Comunicado de Acidente do Trabalho. Acompanhamento psicológico. Tratamento?

2.9 PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS LER/DORT

Em razão de tudo o que foi exposto sobre a LER/DORT, tem havido esforços no sentido de melhorar as condições de trabalho das pessoas expostas aos riscos desta doença ocupacional. Existem também aqueles voltados para a melhoria do trabalho em geral, mas que também são aplicáveis a estes casos. Para a eficácia da ação ergonômica, parte-se do conhecimento das causas das lesões e trata-se de organizar uma melhoria nos postos de trabalho.

Os cinco princípios fundamentais da intervenção ergonômica são:

- redução da força necessária para a realização do trabalho;
- redução ou eliminação das posturas incorretas da cabeça e dos membros superiores;
- redução dos movimentos de alta repetitividade;
- redução da compressão mecânica sobre os tecidos dos membros superiores;
- redução do grau de tensão no trabalho.

Nesse sentido, e de forma a não permitir que os trabalhadores sejam expostos aleatoriamente a situações de risco, bem como para obter melhorias nos ambientes de trabalho, prevenindo e/ou minimizando as doenças ocupacionais, a Lei nº 6.514 de 22/12/77 da CLT, referente à Segurança e Medicina do Trabalho, estabelece normas brasileiras regulamentadoras como as NR-5, NR-7, NR-9 e NR-17, aprovadas pela Portaria n 3.214 de 08/06/78 (Man. de Leg. Atlas, 1996). A NR 5 refere-se a Comissão Interna de Prevenção de Acidente de Trabalho – CIPA; a NR 7 retrata sobre Programa de Controle Médico e Saúde

Ocupacional – PCMSO; a NR 9 é referente ao Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA e a NR 17 que usaremos no presente trabalho é referente a Ergonomia, e visa a estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto e desempenho eficiente e segurança.

Em relação ao tratamento das LER/DORT, verifica-se que a conduta de tratamento depende do estágio da doença, e quanto mais cedo forem feitos o diagnóstico e a intervenção, menos invasivo será o tratamento. A maioria dos casos de LER/DORT tem bom prognóstico, em particular quando o diagnóstico é realizado precocemente e o tratamento iniciado de imediato. É indispensável estabelecer-se, desde o início, uma boa relação dos profissionais de saúde com o trabalhador, para que o desânimo e a desilusão não se instalem, uma vez que os efeitos do tratamento podem, nos casos mais graves, não ser sentidos imediatamente.

Diante de um trabalhador que apresenta dor relacionada às LER/DORT, não basta apenas a prescrição de analgésicos e antiinflamatórios, imobilização e fisioterapia. Muito mais importante é a análise e eliminação dos fatores que desencadearam ou perpetuaram o quadro, ou seja, o estudo do ambiente do trabalho (posição do trabalhador X ferramenta de trabalho), quantidade de repetições dos movimentos sem intervalos de repouso, ocorrência de estresses emocionais. Devem ser avaliadas as ferramentas de trabalho e, se necessário, fazer algumas adaptações às mesmas.

A evolução histórica da industrialização fez emergir na Inglaterra, após a 2^a guerra mundial, a sociotécnica: conjunto de conhecimentos científicos, geográficos, demográficos, econômicos, sociológicos e antropométricos que permitem conceber um conjunto de produção (máquina, oficina, fábrica) e que permitem a uma população determinada ter boas condições de trabalho. Trata-se de uma adaptação da tecnologia à população.

O mundo do trabalho evoluiu nos últimos 80 anos e é premente a revisão estrutural dos modelos tradicionais, fortemente hoje, associados as LER/DORT. Conceber o homem como unidade básica e essencial do trabalho, garantir a sua integridade física e mental, a sua segurança e conforto é o caminho certo para o alcance de seu desempenho em produtividade e qualidade.

Projetos tecnológicos avançados devem incluir a participação daqueles que executam as tarefas. Criar ferramentas apropriadas ou adaptar a mesa de um computador exigem a

participação ativa daqueles que a operam. A redução do absenteísmo, da negligência, dos incidentes e acidentes e das doenças profissionais, só pode contribuir para o sucesso da empresa. Portanto, a satisfação no trabalho aumenta a produtividade.

Nesse contexto, as soluções para Dejours (1994) seriam as reestruturações do processo produtivo que resultem em melhoria da qualidade de vida no trabalho, proporcionando-se maior identidade com a tarefa, maior autoridade sobre o processo, ciclos completos e a eliminação de posturas extremamente rígidas normalmente existentes nas relações de trabalho.

No entanto, diversos fatores causais das LER/DORT estão hoje consolidados:

a) *Fatores de natureza ergonômica*: força excessiva, alta repetitividade de um mesmo padrão de movimento, posturas incorretas dos membros superiores, compressão das delicadas estruturas dos membros superiores, frio, vibração, postura estática, entre outros.

b) *Fatores de natureza organizacional* - concentração de movimentos em uma mesma pessoa, horas extraordinárias, dobras de turno, ritmo apertado de trabalho, ausência de pausas necessárias, entre outros.

c) *Fatores de natureza psicossocial* - pressão excessiva para os resultados, ambientes excessivamente tensos, problemas de relacionamento interpessoal, rigidez excessiva no sistema de trabalho. Considerações relativas à carreira, à carga e ritmo de trabalho e ao ambiente social e técnico do trabalho.

Pesquisa realizada pelo INSS, em 1997, aponta que 70% dos atendimentos de LER referem-se a trabalhadores do sexo feminino. A pesquisa mostra, ainda, que 21% dos registros de LER são oriundos dos bancos privados e estatais. É nesse contexto que se vai estudar a LER/DORT enfatizando a instituição Caixa Econômica Federal, verificando se os resultados obtidos com os portadores de LER/DORT na empresa correlacionam com a literatura estudada.

Dando continuidade à presente pesquisa, no tópico a seguir contextualiza-se a empresa estudada, analisando a sua história, estrutura organizacional, atividade e campo de atuação, missão e área de Recursos Humanos.

3 - CONTEXTUALIZAÇÃO DA EMPRESA ESTUDADA

3.1 HISTÓRIA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

A CAIXA foi fundada pelo Imperador Dom Pedro II, em 12 de janeiro de 1861, na cidade do Rio de Janeiro e tinha como missão conceder empréstimos e incentivar a poupança popular. O principal objetivo do monarca, à época, era o de inibir a ação de outras empresas que não ofereciam garantias aos depositantes e cobravam juros excessivos nos empréstimos concedidos.

Com o decorrer do tempo, a empresa foi se expandindo e em 1874, instalou-se nas províncias de São Paulo, Rio Grande do Sul, Paraná, Pernambuco e Alagoas. Nesse período, as diversas agências atuavam de maneira autônoma e independente umas das outras. Foi então que em 1969, deu-se a unificação das 22 Caixas Econômicas Federais existentes, que passaram a trabalhar de forma padronizada.

3.2 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

A Caixa Econômica Federal – CEF criada nos termos do Decreto-Lei nº 759, de 12 de agosto de 1969, é uma instituição financeira sob a forma de empresa pública, vinculada ao Ministério da Fazenda, integrante do Sistema Financeiro Nacional e auxiliar da execução da política de crédito do Governo Federal, submetendo-se às decisões e à disciplina normativa do órgão competente e à fiscalização do Banco Central do Brasil. Suas contas e operações estão sujeitas ao exame e julgamento pelo Tribunal de Contas da União e Secretaria Federal de Controle do Ministério da Fazenda (Caixa, 2005).

É uma instituição com sede e foro na Capital da República e atuação em todo o território nacional, sendo indeterminado o prazo de sua duração, podendo criar e suprimir sucursais, filiais ou agências, escritórios, dependências e outros pontos de atendimento nas demais praças do País e no exterior (Caixa, 2005).

A administração da CAIXA é formada por quatro instâncias: o Conselho de Administração, o Conselho Diretor, a Diretoria Executiva e o Conselho Fiscal. A estrutura

organizacional é constituída por Unidades da Matriz, Filiais, Representações, Centralizadoras, Escritórios de Negócios e Pontos de Venda (Caixa, 2005).

3.3 ATIVIDADE E CAMPO DE ATUAÇÃO

Conforme divulgado no Diário Oficial do dia 03/01/2005, o quadro aprovado de pessoal da CAIXA é de 69.123 empregados. Destes 60.011 estão providos e as 9.112 vagas existentes estão sendo preenchidas tendo em vista o concurso realizado pela CAIXA no ano de 2004. Além deste quadro próprio de pessoal, a CAIXA ainda conta com um quadro de estagiários, prestadores de serviço e adolescente aprendiz, sendo o único banco que está presente em todos os 5.561 municípios brasileiros, através das suas 1.950 agências, somadas às 9.000 casas lotéricas e aos 2.100 correspondentes bancários, estes últimos, identificados pela marca CAIXA Aqui.

Além dos objetivos financeiros e bancários, onde atua em concorrência com as demais instituições bancárias do País, como, por exemplo, prestando serviços bancários de qualquer natureza, praticando operações ativas, passivas e acessórias, inclusive de intermediação e suprimento financeiro, sob suas múltiplas formas, a CAIXA exerce o monopólio das operações de penhor civil, atua como agente operador e financeiro do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS, administra o monopólio dos serviços das loterias federais, atua como agente financeiro dos Planos Nacionais de Habitação e Saneamento e como principal órgão de execução da política habitacional e de saneamento do Governo Federal, atua no recebimento de depósitos judiciais e a prazo, administra fundos e programas delegados pelo Governo Federal, como o FIES, – Financiamento Estudantil, Bolsa Escola, Auxílio Gás, dentre outros, tudo em consonância com seu Estatuto, seu Código de Ética e a legislação vigente.

Entre as atividades da CAIXA, além das inerentes à uma instituição financeira e dos monopólios, estão incluídos por iniciativa própria os patrocínios à cultura, em parceria como o Ministério da Cultura e ao esporte, em parceria como o Ministério dos Esportes.

Tendo como principal meta priorizar os setores de habitação, saneamento básico, infra-estrutura urbana e prestação de serviços, a CAIXA direciona os seus principais programas para a população de baixa renda. Assim, a Empresa está presente na vida de

milhões de brasileiros, sejam eles clientes do crédito imobiliário, do penhor, aposentados, estudantes assistidos pelo crédito educativo, trabalhadores beneficiários do FGTS, PIS ou Seguro-Desemprego, apostadores das loterias, usuários dos serviços bancários e beneficiários dos programas populares do Governo Federal (Caixa, 2005).

3.4 MISSÃO E VALORES FUNDAMENTAIS

Aqui, vale mencionar a missão da empresa, que em sua essência, traduz seu papel e o seu campo de atuação: *promover a melhoria contínua da qualidade de vida da sociedade, intermediando recursos e negócios financeiros de qualquer natureza, atuando, prioritariamente, no fomento ao desenvolvimento urbano e nos segmentos de habitação, saneamento e infra-estrutura, e na administração de fundos, programas e serviços de caráter social, tendo como valores fundamentais:*

Direcionamento de ações para o atendimento das expectativas da sociedade e dos clientes;

Busca permanente de excelência na qualidade de serviços;

Equilíbrio financeiro em todos os negócios;

Conduta ética pautada, exclusivamente, nos valores da sociedade; e

Respeito e valorização do ser humano (Caixa, 2005).

3.5 ÁREA DE RECURSOS HUMANOS

Vale salientar que a RERHI, abaixo representada, é uma estrutura formada por 15 RERHI, localizadas em diversos estados brasileiros, que dentro do seu âmbito de atuação, atendem, regionalmente, as demais unidades da CAIXA.

A SUREH é responsável por orientar as ações de gestão do capital humano da CAIXA, que conta, atualmente, com 78.479 pessoas, entre empregados, estagiários, bancários temporários e menores. Tem como objetivo principal equalizar as necessidades individuais do corpo funcional com as necessidades e limitações da Empresa, fundamentando-se na Gestão de Pessoas por Competência, que integra as principais funções de RH: provimento, encarceramento, remuneração, desenvolvimento, desempenho e saúde (Caixa, 2005a).

A GESAD atua na saúde e qualidade de vida dos empregados; tendo ainda as funções de gerir o Plano de Saúde da Caixa, o clima e a cultura organizacional (Caixa, 2005a).

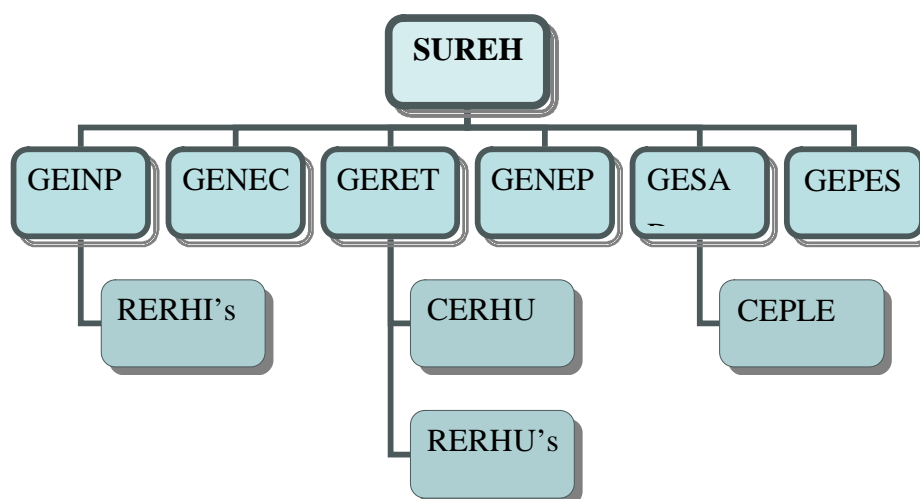


Figura 1- Estrutura da Área de Recursos Humanos (Fonte: Caixa, 2005a)

SUREH	Superintendência Nacional de Recursos Humanos
GEINP	Gerência Nacional de Integração Políticas e Gestão de Pessoas
GENEC	Gerência Nacional de Educação Corporativa
GERET	Gerência Nacional de Relações do Trabalho e Provimento
GENEP	Gerência Nacional de Negociações Trabalhistas e Previdência Privada
GESAD	Gerência Nacional de Saúde e Ambiência Corporativa
GEPES	Gerência Nacional de Quadros de Pessoas e Terceirização
CERHU	Centralizadora de Recursos Humanos
CEPLE	Centralizadora de Gestão do Plano de Saúde
RERHI	Representação de Relacionamento Integrado de Recursos Humanos
RERHU	Representação de Recursos Humanos

O interesse por realizar este trabalho sobre as LER/DORT na Caixa Econômica Federal, justifica-se tendo em vista a grande importância dessa doença sob o ponto de vista histórico e socioeconômico, na vida da empresa, da sociedade em geral e também individual.

Segundo Couto (1998), os principais aspectos do ponto de vista histórico das afecções passam por um fenômeno social, de criação de uma doença nova, colocando as

LER/DORT como uma doença progressiva, grave e incapacitante. A última grande doença do final do século, que mutila e leva as pessoas à aposentadoria por invalidez. Além disso, o interesse também se justifica por conhecer vários empregados portadores de LER/DORT, embora haja na Empresa programas preventivos elaborados pela área de saúde, o que será analisado no tópico seguinte. Assim sendo, procura-se verificar as ações e procedimentos implementados pela empresa ao longo dos anos visando prevenir o aparecimento dos sintomas da doença em seu corpo funcional.

4 - AS LER/DORT NA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nesse sentido e pelo conhecimento e experiência adquiridos ao longo dos anos de trabalho na empresa, visualiza-se as transformações no trabalho bancário, tendo em vista que as mudanças na organização do trabalho e seus fatores tais como a inflexibilidade e alta intensidade do ritmo de trabalho, execução de grande quantidade de movimentos repetitivos em grande velocidade, sobrecarga de determinados grupos musculares, ausência de controle sobre o modo e ritmo de trabalho, ausência de pausas, exigência de produtividade, uso de mobiliário e equipamentos desconfortáveis são apontados como responsáveis pelo aumento dos casos de LER/DORT.

Na instituição bancária em referência há um aparente clima organizacional de bem estar, mas o pano de fundo indica uma má qualidade de vida do trabalhador ressaltado pela insatisfação e grande número de pessoas afastadas do trabalho por lesões motoras nas mãos, nos braços e na coluna, atestado pelas CATS como causa das LER/DORT.

Nos tempos atuais, obter e manter um bom emprego é uma tarefa árdua. Assim, o trabalhador está constantemente pressionado para ampliar sua performance e sua capacidade produtiva. Por isso, seu afastamento da rotina de trabalho embute a ameaça de perda do emprego, de deslocamentos funcionais ou mesmo de mudanças de atividades, o que muitas vezes resulta em quadros de dores inespecíficas combinadas com estados de ansiedade e/ou depressão.

Os fatores de tensão e cansaço são decorrentes do modelo de organização do trabalho bancário das últimas décadas, principalmente para os bancários que trabalham em agências. Entre eles, temos a questão do tempo da jornada insuficiente para cumprir as tarefas prescritas, com conseqüente prolongamento do tempo de trabalho além das seis horas; acúmulo de funções e insuficiência de funcionários; pausas pequenas ou não existentes em conseqüência do volume e ritmo de trabalho muito grande; pressão e controle exercidos pelas chefias, máquina, planilha e avaliação de desempenho; pressão para cumprimento de prazos e horários; pressão das filas, dos clientes e necessidade de manter cordialidade permanente; grande responsabilidade em relação a dinheiro de terceiros; possibilidade de ser vítima de fraudes; medo de assalto; limitação das perspectivas de carreira e temor pelo desemprego.

No sistema “on line”, automatizado, a etapa de compensação praticamente deixa de existir. O Caixa deve apenas verificar o preenchimento do cheque e conferir assinatura e, posteriormente, remetê-lo a uma diminuta retaguarda na agência, que tem a função de ordená-lo de acordo com o tipo de cheque e número da conta bancária do cliente.

Dessa forma, no atendimento ao público, o Caixa recebe as informações necessárias do próprio terminal, ou seja, tem acesso ao saldo do cliente pelo visor do terminal e os lançamentos podem ser feitos no próprio terminal. Se houver contra-ordem ou ausência de fundo, a máquina comunica ao Caixa e impede a conclusão da transação.

O conteúdo das atividades torna-se menos enriquecido do ponto de vista de movimentos corporais, na medida em que não é mais preciso realizar diferentes tarefas para atender ao cliente. A conferência das assinaturas é substituída, em boa parte, pelo uso do cartão magnético e pela leitura do código de barras, impresso na grande maioria dos documentos e boletos de cobrança, hoje existentes.

Um dimensionamento correto da força de trabalho deve contemplar a quantidade e qualificação dos trabalhadores, o modelo de gestão, a organização do trabalho, a tecnologia existente e os indicadores de “performance” do próprio dimensionamento.

O dimensionamento da força de trabalho busca o equilíbrio entre a capacidade instalada de recursos humanos e o volume de trabalho. O quadro de pessoal, ou seja, o quantitativo final será o somatório do efetivo básico acrescido da taxa de manutenção e tem como princípio básico a continuidade do trabalho sem sobrecarregar os trabalhadores. Esta taxa se destina a cobrir os afastamentos numa base comum de tempo. Estes afastamentos são os legais e os normalizados ou não pela empresa, tais como férias, licença maternidade, faltas, licenças médicas, licença-prêmio e outras. Algumas metodologias cobrem também o índice de fadiga e dão tratamento diferenciado às ausências legais e àquelas sobre as quais não se pode exercer controle.

Um dimensionamento menor do que o necessário acarreta fadiga, estresse e pode inclusive precipitar o aparecimento de doenças do trabalho, além de aumentar custo. Indicadores de subdimensionamento é a realização de horas extras, o aumento de queixas de dor e a quantidade de afastamento por licenças médicas. Um dimensionamento maior que o necessário também pode provocar estresse, devido ao excesso de ociosidade.

No setor de serviços, o esforço físico é relativamente pequeno e o esforço mental é difícil de ser medido. Em função destas duas variáveis, o dimensionamento da força de trabalho é feito utilizando o modelo matemático desenvolvido com base nos princípios de tempos e movimentos e a análise de séries históricas dos afastamentos existentes na organização e realizados em amostra e depois aplicados para todos os ocupantes da família de cargos.

Este modelo deve ser revisto sempre que houver redefinição da missão, objetivos e políticas institucionais, redução de níveis hierárquicos, aquisição e implantação de novas tecnologias ou mudança do processo de trabalho.

Os fatores que interferem no dimensionamento correto da força de trabalho são:

- objetivos e missão organizacional mal definidos;
- estrutura organizacional inadequada;
- volume inconstante de trabalho, existência de pique e baixa;
- recursos tecnológicos obsoletos e/ou mal utilizados;
- falta de padronização dos processos de trabalho;
- falta de treinamento em quantidade e qualidade;
- estilo gerencial;
- amostra não representativa do universo.

Nesse sentido, as mudanças tecnológicas no ambiente e na organização do trabalho, nos últimos anos, tiveram papel importante no incremento das LER/DORT dentro da Caixa Econômica Federal, pois imprimiram um aumento da frequência de tarefas que necessitavam de um uso intenso dos membros superiores, com repetitividade de movimentos, ritmo de trabalho alto e, muitas vezes, com carga estática alta em membros superiores e inferiores. As LER/DORT têm sido considerados importantes problemas de saúde pública atualmente.

As Lesões por Esforços Repetitivos - LER, mais recentemente designadas pela Previdência Social brasileira pela sigla DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) têm aumentado exponencialmente em todo o mundo nos últimos 25 anos, sendo por isso uma fonte de preocupação e de estudos na área da Medicina do Trabalho e da Saúde Pública.

A CAIXA, conhecedora da realidade das LER/DORT, buscou modernizar-se. Junto com a idéia de modernização, buscando atender a seu papel de Agente Social do Governo e à

necessidade de melhorar o padrão de saúde de seus empregados, pois os dados de higiene e segurança ocupacional indicavam o número crescente de casos de afastamento com origens nas LER/DORT, iniciou-se as ações efetivas para concretizar seu objetivo.

O alto índice de absenteísmo e o elevado número de empregados aposentados por invalidez, conjugado com ações do Ministério Público do Trabalho, para investigar a responsabilidade da empresa pela ocorrência de doenças profissionais, e a preocupação com a manutenção da saúde do conjunto de seus empregados, levou à aprovação, em JUN 96, do Plano de Ação Integrada para Prevenção e Tratamento da LER/DORT..

O Plano de Ação tem por objetivos implementar programas e medidas de caráter preventivo e oferecer condições de tratamento, acompanhamento e reintegração do empregado lesionado, além de levantar dados e informações gerenciais sobre o assunto.

Concomitantemente, teve início a implantação do Projeto 500 em 1996, em que foi reconsiderado o Modelo Ambiental implicando em novo mobiliário e novos equipamentos, decorrendo, então, projetos específicos para atender às necessidades do modelo. Durante os estudos, todas as áreas tiveram participação ativa, onde a área de Saúde e Bem-Estar se fez representar, buscando atender ao máximo às condicionantes de conforto dos clientes e dos empregados. Neste aspecto, o quesito ergonomia conduziu a maioria das decisões.

As agências “Projeto 500” são padronizadas e visam atender satisfatoriamente a todos os segmentos de atuação da Empresa em local único, além de instalações adequadas para o atendimento ao deficiente físico.

O mobiliário apresentado na “II Feira de Práticas Bem-Sucedidas” faz parte do Projeto 500 e foi desenvolvido totalmente por profissionais da Empresa. O destaque está no guichê de Caixa Executivo, totalmente ergonômico, com espaço adaptado para movimentação de pernas e braços, tampo regulável, corrediças telescópicas, bordas arredondadas, fiações embutidas em caneletas, etc.

Em conjunto com o “Projeto 500” foi implantado o Projeto de Reciclagem do Mobiliário. Neste projeto, todo o mobiliário antigo foi reestruturado de forma a receber complementos e mecanismos que os tornassem mais confortáveis, tais como: bordas arredondadas, puxadores, corrediças telescópicas e eliminação de vidros sobre mesas, dentre outras medidas. O projeto do mobiliário foi desenvolvido por profissionais da própria Empresa que já haviam atuado na área de ergonomia. De concepção totalmente diferente, o

guichê do Caixa Executivo mais uma vez acompanha a imagem que a Empresa deseja passar aos seus clientes. É um projeto inovador, de “*design*” moderno e flexível às mudanças (desmontável). Ao mesmo tempo, contempla a ergonomia, visando adaptar o posto de trabalho às condições humanas e de organização do trabalho.

Além destes projetos, a Empresa vem desenvolvendo ações no campo assistencial, preventivo e de reabilitação no que tange às LER/DORT. No campo assistencial, além dos tratamentos ditos tradicionais, existe a possibilidade do tratamento através de Acupuntura, RPG, Laser, Fisioterapia, TEENS⁹, Cinesioterapia e Psicoterapia. No campo preventivo, atua-se com a distribuição de cartilhas com informações sobre LER/DORT; cartazes contendo exercícios de alongamento e relaxamento. Foi instituída a pausa de 10 minutos para cada 50 minutos trabalhados. São ministradas palestras nas Unidades, por profissionais contratados e profissionais da Empresa sobre saúde, LER/DORT e ergonomia. Além dos exercícios práticos que fazem parte do “Módulo Saúde no Trabalho”, este módulo contempla a orientação feita por terapeutas ocupacionais, nas próprias Unidades, com a finalidade de transmitir conhecimentos técnicos a respeito da saúde no trabalho.

Foi criado também o Grupo de Trabalho denominado GT LER/DORT, que faz as discussões relacionadas a tratamentos, regulamentos e direitos dos empregados. No que diz respeito à reabilitação, foi desenvolvido um Projeto - PRO em que os empregados com alta do INSS terão atividades de desenvolvimento e atualização funcional, quando do retorno ao trabalho. Assim sendo, a Empresa vem desenvolvendo um trabalho de melhoria contínua, com o envolvimento de todos os empregados, buscando minimizar os efeitos das LER/DORT e reduzir sua incidência.

Embora todas essas medidas já adotadas no âmbito da Caixa Econômica, as LER/DORT têm sido prevalentes em todas as atividades que envolvem uso intensivo dos membros superiores no trabalho e geram prejuízos de toda natureza para a organização: absenteísmo, dificuldade de obtenção dos resultados operacionais, tensão nas relações de trabalho, problemas com a fiscalização e com o Ministério Público, além de pesadas indenizações pelo dano reivindicadas por trabalhadores que julgam terem tido prejuízo na sua capacidade de trabalho. Por todos esses motivos, a questão LER/DORT tem sido prioritária na

⁹ Significa estimulação elétrico-transcutânea

organização Caixa Econômica Federal, especialmente entre o pessoal envolvido com a Gestão de Pessoas, Relações Trabalhistas e Medicina do Trabalho.

Nesse contexto, a CAIXA está investindo pesado na área de saúde dentro da Empresa. A Superintendência Nacional de Recursos Humanos implantou em junho de 2004 a Gerência Nacional de Saúde - GESAD, integrada ao projeto de reconstrução da Caixa. Está sendo um instrumento fundamental na elaboração de políticas e ações efetivas de motivação e comprometimento dos empregados, por meio da prevenção e promoção da saúde, qualidade de vida e de atitudes socialmente responsáveis e éticas (Caixa, 2005a).

O objetivo principal é promover ações que favoreçam o fortalecimento de uma cultura organizacional pautada por uma relação de confiança entre empresa e empregados. De criar condições de trabalho que estimulem o compromisso, a motivação e manutenção em níveis adequados da produtividade e da qualidade de vida.

Um dos grandes desafios que está colocado neste momento é a inversão da lógica de gastos para investimentos em saúde. Ressaltar a promoção da saúde como uma técnica de gestão para melhoria da qualidade de vida de seus empregados. E com isso diminuir a necessidade de utilização dos serviços médicos, reduzir o absenteísmo e minimizar os custos com o plano de saúde.

A gestão da Qualidade de Vida na CAIXA está sustentada pelos seguintes programas: Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), Reabilitação Ocupacional, Qualidade de Vida e o Saúde CAIXA¹⁰, além da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).

Em que pese parte destes programas serem obrigação por força da Legislação Trabalhista, há o desafio de transformá-los em instrumentos efetivos de prevenção e promoção da Qualidade de Vida, atuando na saúde integral do empregado, nas dimensões física, social, intelectual, profissional, espiritual e emocional. Eles serão realizados de forma a gerar informações que irão direcionar as futuras ações para uma atuação preventiva.

A GESAD também administrará o Saúde CAIXA e já estão em desenvolvimento ações para o aprimoramento da gestão estratégica e operacional do programa, tais como:

¹⁰ Nome dado ao plano de saúde da Caixa.

padronização das rotinas, redefinição de relatórios e indicadores de gestão e distribuição de cartilha com orientações aos usuários para a adequada utilização do benefício (Caixa, 2005a)

A partir de julho de 2004, o Saúde Caixa passou por mudanças, que visaram garantir a manutenção do equilíbrio financeiro - evitando redução nas assistências oferecidas atualmente - além de oferecer maior transparência na gestão, com a criação do novo Conselho de Usuários. As alterações são resultado de ampla discussão entre a Caixa, associações de aposentados e representantes dos empregados - CNB/CUT.

Além de alterações no custeio e do aperfeiçoamento da gestão e dos benefícios, com representação paritária entre CAIXA e participantes, o novo formato requer um maior acompanhamento e controle por parte do usuário: seja com a adequada utilização, seja com a constante verificação dos valores cobrados por meio dos demonstrativos disponibilizados no site do programa (Caixa, 2005).

Para implementar esse investimento na área de Saúde, a Caixa lançou em 06.09.2004 um novo Programa de Reabilitação Ocupacional (PRO), voltado para empregados que estão retornando ao trabalho após afastamentos por Licença por Acidente do Trabalho/Tratamento de Saúde (LAT/LTS), Licença para Tratar de Interesse Particular (LIP), Licença para Acompanhar o Cônjuge (LAC), mandato eletivo e cancelamento de aposentadoria por invalidez (caixa, 2005b).

O Programa também é destinado ao acompanhamento dos profissionais que estão em atividade e necessitam de adequação do posto de trabalho e mudança de atividade ou área, em decorrência de aspectos relacionados à saúde bio-psico-social.

O PRO está sob responsabilidade da Gerência Nacional de Saúde (GESAD), a partir dos resultados do Grupo de Trabalho de Saúde, integrado por representantes da empresa e das entidades sindicais dos empregados, e tem como objetivo principal assegurar melhores condições para a reabilitação ocupacional do empregado, sua reinserção no ambiente de trabalho de forma adequada, com o acompanhamento e o apoio de toda a equipe (Caixa, 2005b).

Em cada Representação de Relacionamento Integrado de Recursos Humanos (RERHI), haverá uma equipe de profissionais especializados em saúde ocupacional e reabilitação profissional (médicos do trabalho, psicólogos e assistentes sociais). Eles serão

responsáveis por avaliar e acompanhar o empregado durante o período estabelecido para a reabilitação ocupacional (Caixa, 2005b).

A primeira etapa do PRO será uma triagem para definir a real necessidade da inclusão do empregado no Programa. Depois disso, por meio da análise de relatórios médicos e exames previamente solicitados, haverá uma avaliação da capacidade de trabalho do empregado. Desta forma, ele poderá ser designado a um posto de trabalho adequado e realizar atividades compatíveis com suas condições físicas e psicológicas (Caixa, 2005b).

Durante todo o processo, o gestor e a equipe irão orientar e acompanhar o empregado estabelecendo, assim, uma relação de confiança mútua. Além disso, com o apoio de seus colegas, o empregado terá a oportunidade de recuperar sua capacidade laborativa e se readaptar mais rapidamente ao seu ambiente de trabalho.

Nesse contexto e com o intuito de atingir os objetivos propostos, no tópico a seguir será abordada a metodologia a ser utilizada no presente estudo.

5 - METODOLOGIA

5.1 CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA

A presente pesquisa é um estudo de caso, pois está circunscrita à Caixa Econômica Federal, direcionada aos empregados que foram afastados de sua atividade laborativa por motivo de LER/DORT.

Trata-se de uma pesquisa quantitativa e qualitativa, de cunho descritivo, tendo como objetivo desvendar as determinações e implicações do adoecimento e afastamento do trabalho, segundo a visão dos empregados, indicando as múltiplas faces deste processo que incide sobre a vida e emprego do trabalhador e identificando-se ainda, o perfil dos acometidos pela doença. Pretende-se ainda, obter dados sobre a realidade dos portadores de LER/DORT e sua vivência em relação à doença e ao trabalho.

Para a coleta de dados, utilizou-se o levantamento de campo através do método da entrevista dirigida, a qual segundo Santos & Fialho (1995) é um procedimento individualizado, com contato direto entre entrevistado e entrevistador e que tem por objetivo recolher informações qualitativas e por ser uma abordagem mais aprofundada, permite compreender alguns dos comportamentos dos entrevistados que não podem ser explicados de forma objetiva através do uso exclusivo das observações. Os dados levantados têm predominância qualitativa por apresentarem caráter subjetivo, contudo, a avaliação dos mesmos foi quantitativa.

Representa-se, assim, uma aproximação com a realidade dos trabalhadores que adoecem, buscando contribuir com a temática da saúde e trabalho, fundamentando-se na ausência de visibilidade social que envolve os trabalhadores afastados da atividade produtiva.

5.2 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

Trabalhou-se com uma amostra não probabilística, selecionada pelo critério de conveniência, extraída por meio de pesquisa documental do universo de empregados bancários portadores de LER/DORT, que atuam nas diversas unidades da CAIXA, sendo todos lotados em Brasília, de diferentes níveis hierárquicos, idade, tempo de empresa,

formação acadêmica, detentores ou não de cargos em comissão de níveis técnico e gerencial, totalizando 40 empregados.

Quanto à caracterização geral do grupo a ser estudado, devido à limitação de tempo, abrangeu 15 pessoas entrevistadas pessoalmente pela pesquisadora, as quais representam uma amostra de 37,5% da população. Sendo que as 25 pessoas restantes responderam por e-mail e representam 62,5% da população, totalizando 100% da amostra a ser estudada no presente trabalho.

Quanto ao perfil da amostra a ser estudada, verifica-se que 30 pessoas são do sexo feminino e 10 do sexo masculino.

A amostra está compreendida na faixa etária entre 26 e 60 anos, onde três pessoas encontram-se na faixa etária de 26-30 anos, uma pessoa entre 31-35 anos, 12 pessoas com idade entre 36-40 anos, 13 pessoas encontram na faixa etária 41- 45anos, sete pessoas com idade entre 46-50 anos, outras três pessoas na faixa etária entre 51-55 anos, e apenas uma pessoa na faixa etária de 56-60 anos. Verifica-se assim, que entre os funcionários, a maioria encontra-se no meio da fase produtiva, entre 36 e 46 anos.

Em relação ao estado civil, a amostra apresenta-se com 12 pessoas solteiras, 22 pessoas casadas, quatro pessoas divorciadas, uma pessoa separada e mais uma pessoa com resposta “outros”. Quanto à escolaridade, a maioria das pessoas (18) possui superior completo, 10 pessoas possuem pós-graduação, outras oito pessoas possuem superior incompleto, três pessoas possuem o 2º grau, e apenas uma pessoa conseguiu completar o mestrado.

5.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Com a finalidade de atingir os objetivos propostos foi utilizado um questionário conforme apêndice I, construído com base na bibliografia estudada sobre as LER/DORT.

Para melhor compreensão, o referido questionário foi dividido em cinco partes, que são elas: *dados pessoais*, que continha campos para identificação do sexo do colaborador, escolaridade, estado civil, seu tempo de serviço na empresa, função de confiança, tempo de serviço no cargo, situação atual no trabalho e se realiza exame médico na empresa; *características do trabalho*, envolvendo um breve histórico da vida laboral e o trabalho atual;

características da doença em relação aos sintomas e condutas de tratamentos médicos e da empresa; *relação do empregado com a doença*, onde se procurou captar as atitudes e reações do portador face à problemática; e finalmente, *a relação do empregado com a sua vida atual*, buscando perceber o que acontece na vida e as perspectivas do portador de LER/DORT em relação ao futuro após o acometimento da doença. No instrumento de pesquisa estão expostas as devidas explicações da sua relevância e as orientações pertinentes ao preenchimento.

Vale ressaltar que em quatro etapas do questionário foram formuladas questões abertas, onde o entrevistado pode dar várias respostas às perguntas, além de questões objetivas. Elaborou-se, ainda, uma carta de apresentação (apêndice II), onde explicou aos participantes da pesquisa os objetivos do presente trabalho.

5.4 PROCEDIMENTOS

Este trabalho desenvolveu-se mediante as seguintes etapas: a etapa inicial deu-se pela revisão bibliografia do tema a ser abordado, através de livros, artigos, manuais, anais de congressos, dissertações, teses, normas técnicas e materiais passíveis de uso neste trabalho.

Em seguida, realizou-se contato com a área de saúde da CAIXA, explicando-se os objetivos do trabalho e a possibilidade de realizá-lo junto a seus empregados. Assim sendo, a pesquisadora informou os dados necessários para a elaboração do instrumento de coleta de dados, e a área fez o levantamento dos empregados portadores de LER/DORT. Em seguida, por meio de pesquisa documental foi realizado levantamento da amostra, tendo em vista o critério de acessibilidade da pesquisadora.

Numa etapa seguinte elaborou-se um instrumento de coleta de dados. A aplicação de um questionário geral se deu para análise do perfil da população e suas variáveis. É um questionário auto-explicativo e direcionado de forma a contemplar os objetivos desta pesquisa. Em outra etapa, para verificar a efetividade da entrevista dirigida e a necessidade de possíveis mudanças na estrutura do questionário, fez-se a aplicação piloto com 02 empregados portadores de LER/DORT. Feita as adaptações, o instrumento final de coleta de dados para a pesquisa está composto por seis páginas, contendo itens fechados e/ou questões abertas que contemplassem o objetivo do presente trabalho, com título “*Entrevista Dirigida Sobre LER/DORT*”, disposto no Apêndice I.

Após essa etapa, deu-se a aplicação final da entrevista dirigida e posterior análise dos dados quanto à realidade dos portadores de LER/DORT em relação à doença e ao trabalho, sendo realizado entrevista pessoalmente com 15 empregados, onde a pesquisadora estabeleceu o rapport, a seguir fez as perguntas abertas, as quais, algumas delas, foram gravadas com o consentimento dos empregados, e em seguida solicitado ao sujeito que respondesse às questões objetivas, sendo o instrumento respondido devolvido de imediato à pesquisadora. A aplicação do questionário foi precedida por contato telefônico com os portadores dessa doença, sendo-lhes apresentado os objetivos da entrevista e solicitada sua cooperação.

Entretanto, em decorrência do prazo, que era escasso, e a necessidade de uma amostra de no mínimo 30 pessoas, enviou-se por e-mail mais 40 questionários a outros empregados portadores de LER/DORT previamente escolhidos pelo critério de conveniência. Nesta mesma etapa, enviou-se aos empregados participantes uma carta de apresentação, disposta no Anexo II, esclarecendo sobre o assunto abordado no trabalho e o objetivo da pesquisa, sendo lhes facultado ter acesso aos resultados da pesquisa. O encaminhamento dos questionários respondidos ocorreu por meio de e-mail, malote, pessoalmente ou por intermédio de terceiros. Assim sendo, devido ao retorno dos questionários enviados por e-mail, a amostra inicial que seria de 30 passou para 40 empregados. Portanto, dos 40 questionários enviados por e-mail obteve-se resposta de 25 empregados, perfazendo um percentual de 62,5% e obtendo-se uma amostra final de 40 empregados para a realização do presente trabalho.

No capítulo a seguir, deu-se a organização dos questionários e a computação dos resultados consolidados após a aplicação do instrumento de coleta de dados, sendo estes realizados por meio do programa Microsoft Excel. Assim sendo, os resultados dos dados coletados são apresentados por meio de gráficos devidamente interpretados.

6 - RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados e tratados os dados encontrados em relação ao grupo estudado. O tratamento dos dados por meio do programa Microsoft Excel permitiu obter os resultados apresentados a seguir, os quais serão colocados numericamente em vista da amostra não ser tão grande e permitir, desse modo, uma melhor visualização do contexto.

Vale lembrar que em quatro etapas do questionário (2ª a 5ª), conforme apêndice I, foram formuladas questões abertas, onde os entrevistados podiam elencar várias respostas às perguntas, além de questões objetivas. Assim sendo, em relação às questões abertas, a soma das respostas ultrapassa 40 pessoas tendo em vista que vários empregados podiam dar a mesma resposta.

6.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

6.1.1 Características do Trabalho

No que diz respeito aos dados de ocupações anteriores, em relação à idade em que começaram a trabalhar, o grupo apresentou a seguinte característica: duas pessoas começaram a trabalhar entre nove e 11 anos de idade; oito começaram a trabalhar entre 12 e 14 anos; 10 pessoas entre 15 e 17 anos; 13 pessoas começaram a trabalhar entre 18 e 20 anos de idade, seis pessoas entre 21 e 23 anos, e apenas uma pessoa começou a trabalhar aos 27 anos de idade.

Dentre as ocupações anteriores ao emprego atual, os entrevistados citaram as seguintes: office boy, empacotador de supermercado, empregada doméstica, balconista, secretária (serviços gerais), vendedor de loja de sapato, manicure, apoio administrativo, auxiliar de escritório, secretária (escritório de contabilidade), escrituraria em cartório, auxiliar de contabilidade, vendedora de loja masculina, auxiliar de departamento de pessoal, assistente de departamento de pessoal, caixa em supermercado, fazer cálculos o dia todo, recepcionista, auxiliar de supervisão em loja, técnico em RX, datilógrafo, leiturista de empresa de energia elétrica, professor particular de informática, digitador de imagens e mapas em uma mineradora, instrutor de informática, professor de 1º grau, funcionária pública, escrituraria,

bancário, diretor de uma ONG ambiental, agente administrativo, help desk¹¹ durante a faculdade, programador e escriturário na CAIXA.

Em relação aos dados das ocupações atuais, como a pesquisa foi realizada no âmbito da empresa Caixa Econômica Federal, todas as pessoas entrevistadas disseram que trabalham somente na CAIXA (40). Contudo, 13 pessoas das quais 10 são mulheres, relataram que exercem atividades domésticas, uma pessoa é professora de inglês e as outras duas pessoas são instrutores de informática.

No que diz respeito à função exercida, a grande maioria exerceu a função de Caixa Executivo (30 pessoas), restando apenas 10 pessoas que nunca trabalharam em Agência. Observa-se que a grande maioria dos bancários, 16 pessoas exerce função de escriturário (estão sem função), quatro pessoas exercem função de Analista Junior, duas exercem a função de Consultor Interno, oito pessoas exercem a função de Analista Sênior, quatro exercem a função de Analista Pleno, três pessoas exercem a função de Especialista, tem ainda duas pessoas que exercem a função de Gerente de Agência e apenas uma pessoa exerce a função de Gerente de Serviço. Ressalte-se, que dos Escriturários, 14 pessoas estão lotados em Unidades de Ponta (Agência) e apenas duas pessoas estão lotadas em área meio. Todas as pessoas que exercem outras funções estão lotados em área meio, com exceção dos dois Gerentes de Agência. O gráfico 1 ilustra de maneira geral as funções atuais das pessoas estudadas.

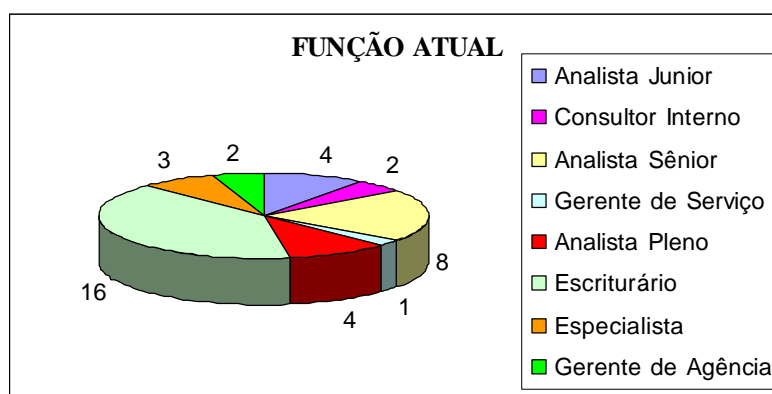


Gráfico 1- Função Atual.

¹¹ Atividade exercida por meio de telefone tendo como objetivo dar suporte, tirar dúvidas e resolver problemas dos usuários.

Quanto ao modo de realização do trabalho, a pesquisa mostra que o grupo mais atingido pelas LER/DORT é o dos Caixas Executivos, tendo em vista que 75% dos entrevistados adquiriram a doença enquanto exerciam esta função. Isto se deve provavelmente às atividades repetitivas e monótonas, obrigatoriedade de manter ritmo acelerado para garantir a produtividade e excesso de horas extras exercidas por estes trabalhadores, conforme relatado na pesquisa aplicada pela pesquisadora.

Com exceção dos caixas, que realizavam o trabalho na posição sentada e em pé, todos os entrevistados relataram que suas ocupações atuais exigem a postura sentada, sendo comum o mobiliário inadequado à época em que adquiriram a LER/DORT. Por este motivo era freqüente a realização de movimentos que exigiam demasiado esforço físico como: rotação lateral da coluna para alcançar o computador ou o telefone; flexão da coluna cervical sobre a mesa ao trabalhar, principalmente com computadores; cadeiras sem regulagem de encosto e altura, etc.

Foi comum também o relato de pressão por tempo e produtividade, principalmente por parte das pessoas que exerceram a função de Caixa ou trabalhavam na abertura de contas, além de não haver intervalo. Com a mudança para fila única relataram que a situação melhorou um pouco, mas o trabalho era constante e a carga de trabalho excedente e repetitiva, além de exigir muita atenção. A seguir será melhor especificado os modos de realização dos trabalhos relativos à função de Caixa Executivo, à época em que adquiriram a doença, tendo em vista a sua peculiaridade, tendo em vista que das 40 pessoas entrevistadas 30 exerceram essa função.

Trabalhavam a maior parte do tempo em pé, pois o mobiliário não permitia a posição sentada devido à necessidade de abrir constantemente a gaveta em frente ao caixa.

Havia necessidade de elevação dos braços acima da altura dos ombros tanto para pegar o documento do cliente no balcão, como para autenticar documentos na máquina e na leitora de cheques (balcão extremamente alto sobre o qual são colocados os equipamentos, tornando forçosa sua utilização). Os documentos deviam ser autenticados em três vias.

Acúmulo de tarefas que deviam ser feitas rapidamente como: conferir dinheiro, descontar cheques e conferir as assinaturas, preencher e fazer depósitos, receber contas, autenticar documentos, calcular juros, fazer saque, pagar ordem de pagamento, entregar talão de cheques, etc. A pressão dos gerentes quando a fila estava grande também era constante além

de trabalharem com pouca mão-de-obra, pois os caixas, principalmente os das agências pequenas, freqüentemente eram deslocados para "cobrir" colegas que faltavam ao trabalho.

Tinham que realizar o trabalho rapidamente em razão da pressão dos clientes e chefes e não havia pausa de 10 minutos, chegando a ponto de serem obrigados a ficar seis horas ou mais direto no Caixa, sendo que, na maioria das vezes não se tinha tempo nem para ir ao banheiro ou fazer um lanche.

Em relação ao tempo de serviço dos sujeitos entrevistados, verifica-se que houve uma variação entre três anos até 27 anos, sendo que a maioria (15 empregados) tem 16 anos na Empresa. Essa distribuição será mais bem visualizada no gráfico 2.

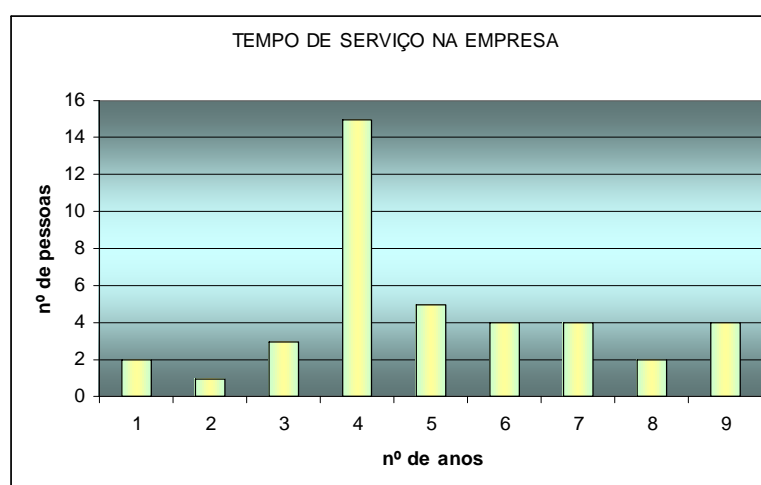


Gráfico 2- Tempo de serviço na Empresa atual

No que diz respeito à carga horária de trabalho, pode-se verificar que a carga horária dos bancários é de 30 horas semanais, sendo essa redução de horas trabalhadas um direito adquirido desta classe. Entretanto, 100% das pessoas entrevistadas relataram que trabalhavam no mínimo 40 horas durante a semana. Foi comum na amostra estudada a realização de horas extras de trabalho. Exceto cinco pessoas, todas passavam do horário de trabalho cerca de duas horas diariamente, sendo que algumas, principalmente os caixas executivos, relataram a necessidade de "virar a noite" trabalhando por "exigência do trabalho". Isso ocorria quando havia diferenças no caixa, época de pagamentos de funcionários de outras empresas, aposentados e principalmente depois de feriados e no final do ano, quando se devia fazer o balanço geral do banco.

As horas extras atualmente são remuneradas na proporção de 50% e os outros 50% são compensados com folgas, entretanto em tempos anteriores, segundo relatos dos entrevistados, a empresa adotava uma política de produtividade (autenticação) para você tentar conseguir uma função melhor. De acordo com o depoimento de um entrevistado, “não é igual hoje, que o empregado bem não entra na empresa e já é gerente. Eu trabalhava tanto e o que consegui foi uma doença. Além disso, para quem trabalha em agência o destino é morrer em agência. Recentemente a CAIXA fez concurso público e os empregados novos são lotados em áreas meio e logo em seguida conseguem uma função de Analista. Agora, nós que dedicamos à empresa anos de nossas vidas, mesmo insatisfeitos e com LER/DORT somos obrigados a continuar trabalhando em agência, sendo que a exigência por produtividade continua a mesma”.

Vale salientar que atualmente, todos os escriturários entrevistados que trabalham em agência não recebem gratificação por função, talvez, por este motivo, essas pessoas encontram-se mais insatisfeitos em relação aos empregados que trabalham em área meio, tendo em vista que o salário diminuiu e as exigências quanto à produtividade continua a mesma, e os empregados que estão lotados em área meio estão percebendo a gratificação de função listadas no gráfico 1.

Em relação ao desenvolvimento do trabalho foram feitas perguntas sobre diversos fatores que podem influenciar o desempenho do trabalho e, portanto desencadear as LER/DORT, conforme pode-se observar no gráfico 3. Em seguida, será melhor explicado cada um desses fatores em relação como o indivíduo realiza o seu trabalho.

Oportunidade de completar o que começava: a maioria das pessoas (32) disse que sempre completavam o que começavam, entretanto isso era devido à necessidade de terminar o serviço, pois não podiam deixar pela metade, daí também a realização freqüente de horas extras. Sendo que, seis pessoas responderam que freqüentemente completavam o que começavam e apenas duas pessoas disseram que raramente terminava o que começava a fazer.

Trabalhar rapidamente: todos os entrevistados responderam que trabalhavam rapidamente, sendo que 35 pessoas sempre o faziam e cinco freqüentemente o faziam. Além de o trabalho exigir rapidez, isso pareceu ser uma característica pessoal destes indivíduos, já que foi comum o relato de ser rápido também nas tarefas extratrabalho. Uma colocação interessante é que os funcionários recebiam muitos elogios por sua rapidez, o que segundo

eles, os impulsionavam a trabalhar mais rapidamente ainda. Vale ressaltar que a maioria das pessoas disse ser perfeccionistas nas tarefas que executavam, procurando trabalhar sempre atentas para que não ocorressem erros, porque não podia errar no trabalho, caso isso ocorresse, poderia ser um transtorno muito grande para todos, especialmente para si próprio, que tinha de refazer o trabalho. Segundo o depoimento de uma entrevistada, “o chefe explorava a sua responsabilidade excessiva”, e outra relatou que “se tratava de trabalhos com prazos a serem cumpridos, causando stress e sobrecarga física, devido a grande quantidade de tarefas sob a sua responsabilidade, tendo que ir fazer horas extras até nos finais de semana”.

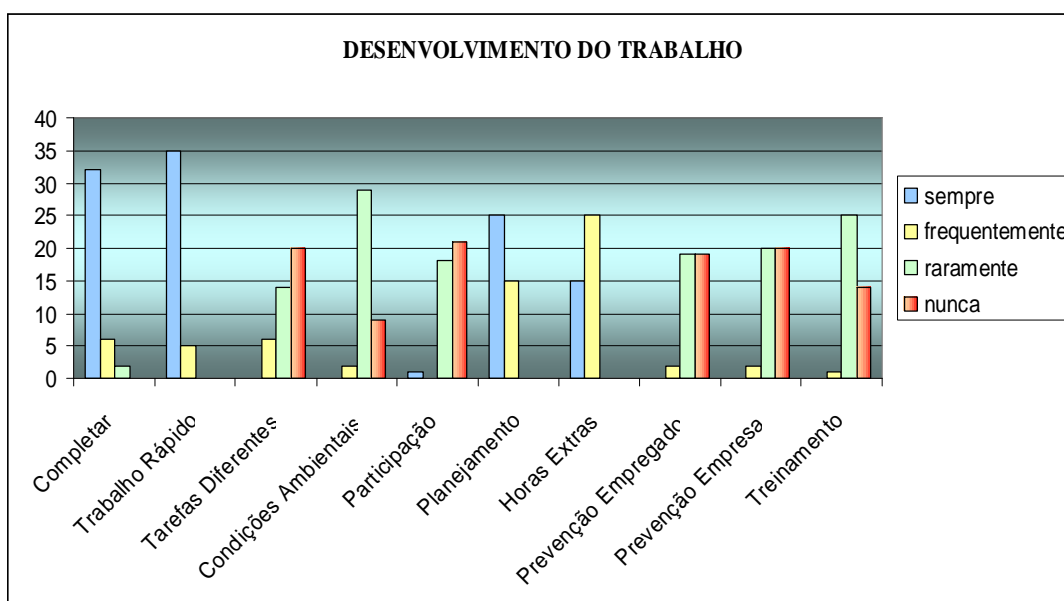


Gráfico 3- Desenvolvimento do Trabalho

Realização de tarefas diferentes: a maioria dos entrevistados (20 pessoas) disse nunca ter oportunidade de realizar tarefas diferentes fora da função que exerciam. Algumas funções exigiam a realização de várias atividades, porém eram sempre as mesmas. Dos entrevistados que realizavam tarefas diferentes, 14 responderam que raramente o faziam e seis responderam que frequentemente tinham essa oportunidade. Vale ressaltar, que 10 pessoas entrevistadas nunca trabalharam em agência, talvez por este motivo, a oportunidade de realizar tarefas diferentes.

Condições ambientais: foi comum o relato de más condições ambientais de trabalho, sendo que a maioria (29 pessoas) disse raramente haver compatibilidade destas consigo; 09

peessoas disseram nunca ter condições adequadas; e outras duas responderam que as tinha com mais frequência. As queixas relativas ao trabalho surgiram em decorrência de más condições do mobiliário, da temperatura baixa, da iluminação pobre e do ruído elevado.

Participação nas decisões referente ao trabalho: das pessoas entrevistadas, 21 disseram nunca ter oportunidade de opinar nas mudanças e decisões relativas aos seus trabalhos, outras 18 relataram raramente poder participar das decisões e apenas uma entrevistada sempre tinha a oportunidade de participar e opinar nas decisões de trabalho.

Planejamento do trabalho: indagados se havia separação entre quem planejava e quem executava o trabalho, 25 pessoas responderam que sempre havia essa separação, pois elas não tinham autonomia sobre a tarefa executada; 15 pessoas responderam que havia essa separação frequentemente.

Horas extras: a maioria dos entrevistados (25 pessoas) disse que frequentemente fazia horas extras; 15 disseram que sempre realizavam horas extras. Vale ressaltar que alguns entrevistados disseram que fazia horas extras até nos finais de semana.

Comportamento preventivo por parte do empregado: frente aos problemas relatados, os entrevistados foram questionados sobre seu comportamento. Destes, 19 pessoas nunca adotava qualquer medida para proteger-se; 19 disseram raramente preocupar-se com isso; duas pessoas responderam que frequentemente o faziam. As medidas adotadas eram a colocação de caixinha sob os pés em razão de a cadeira ser alta, alongamentos diversos, colocação de casaco no encosto da cadeira para melhor acomodar a coluna e às vezes, como relatou um entrevistado, preferia ficar trabalhando em pé, já que o mobiliário não era adequado.

Comportamento preventivo por parte da Empresa: pode-se observar que houve certo consenso a esta pergunta. Dos entrevistados, 20 pessoas responderam que a empresa nunca adotou nenhum procedimento informativo sobre doenças do trabalho ou sobre prevenção e as outras 20 pessoas relataram que raramente isso ocorria. Vale ressaltar, que uma empregada relatou que: “quando exigidos pelos médicos a empresa buscava se adaptar, sendo que nos últimos anos a empresa está mais conscientizada sobre esta questão”.

Treinamento: quando questionados sobre a participação em treinamentos para o trabalho 25 entrevistados responderam raramente ter participado; 14 disseram que nunca participaram; e apenas uma pessoa respondeu que frequentemente participava. O aprendizado

do trabalho geralmente era realizado por um funcionário mais antigo que ocupava o mesmo cargo, o qual repassava, através de sua experiência, o modo operacional da função.

Quanto às exigências do trabalho, de acordo com o gráfico 4, pode-se observar que o trabalho impõe uma exigência física e mental significativa entre os entrevistados.

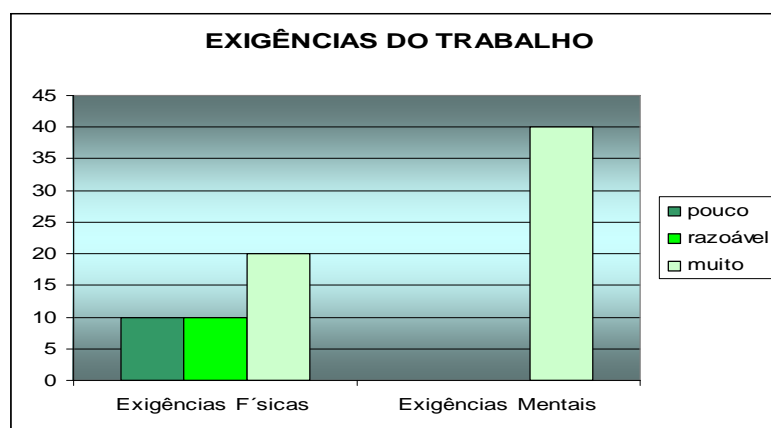


Gráfico 4- Exigências do trabalho

Em relação às exigências físicas como posturas inadequadas e forçadas, movimentos repetitivos e com uso de força de pequenas estruturas, a maioria dos entrevistados (20 pessoas) disse que o trabalho exigia muito; 10 pessoas disseram que esta exigência era razoável; e as outras 10 responderam que o trabalho exigia pouco fisicamente. Notou-se que algumas pessoas relacionavam as exigências físicas do trabalho apenas a grandes esforços como levantamento de pesos e cargas, e não aos pequenos movimentos realizados continuamente pelos braços.

Quanto às exigências mentais do trabalho como a demanda de grande carga cognitiva devido às mudanças operacionais constantes, pressão de tempo e acúmulo de atividades, todos os entrevistados (40) responderam que o trabalho exigia muito mentalmente.

Conforme o gráfico 5, os entrevistados foram questionados quanto aos seus relacionamentos de trabalho com os colegas, supervisores e chefes. Quanto ao relacionamento no trabalho com os colegas, a grande maioria dos entrevistados (30 pessoas) respondeu que este era satisfatório; e apenas 10 pessoas disseram que seu relacionamento com os colegas era insatisfatório. Em relação aos supervisores e chefes, 25 entrevistados disseram ter um relacionamento satisfatório com os mesmos; 12 responderam que tinham um relacionamento

insatisfatório; e três entrevistados responderam que mantinham um relacionamento razoável com os supervisores e chefes.

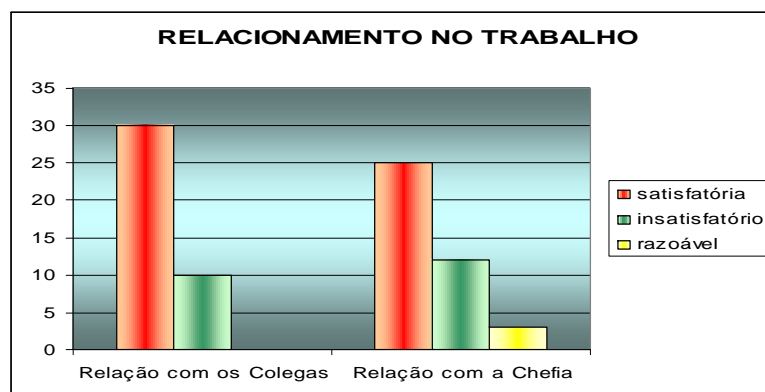


Gráfico 5 - Relacionamento no trabalho.

Questionados quanto à execução de outra atividade de trabalho que não a atual, todos os entrevistados responderam ser esta a única atividade de trabalho assalariado. As justificativas que impediam a realização de outra atividade são a falta de tempo e o desgaste físico e mental após um dia de trabalho, o que não permitia executar outro trabalho assalariado, já que haveria necessidade de cumprir horários e produzir satisfatoriamente.

Contudo, 13 pessoas das quais 10 são mulheres, disseram que também realizam tarefas domésticas, sendo que uma pessoa relatou ser professor de inglês e outras duas pessoas são instrutores de informática, mas somente para ganhar um extra e não são todos os dias da semana.

Em relação à situação atual no trabalho, vale salientar que todos os empregados entrevistados (40) encontram-se trabalhando atualmente. Isto se deve ao fato da empresa não permitir contato com os empregados que estão afastados. Contudo, pode-se observar pelo gráfico 6 que grande parte dos entrevistados (31) são reincidentes, representando 77,5% da amostra estudada, sendo que nove pessoas afastaram do emprego pela primeira vez em decorrência da LER/DORT.

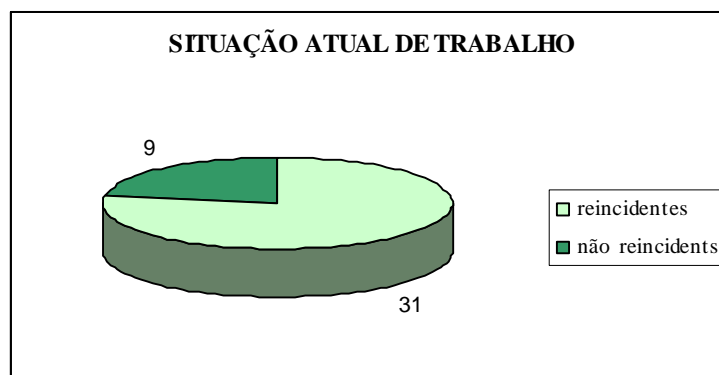


Gráfico 6 – Situação Atual de Trabalho

Ainda sobre os afastamentos, das 31 pessoas reincidentes 22 são mulheres e nove são homens. Das nove pessoas que se afastaram pela primeira vez oito são mulheres e apenas uma pessoa é do sexo masculino. Verifica-se conforme gráfico 7, que todos os entrevistados já se afastaram do trabalho em decorrência da LER/DORT, sendo que a maioria (30 pessoas) são sexo feminino e apenas 10 são do sexo masculino.

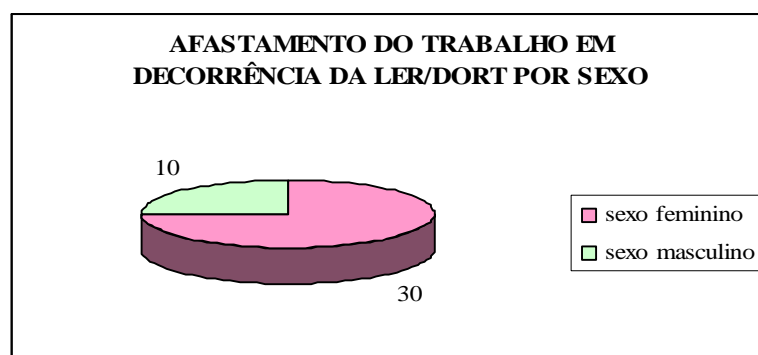


Gráfico 7- Afastamentos do trabalho por sexo

Quando questionados sobre o significado do trabalho em suas vidas antes de serem portadores das LER/DORT, conforme se pode verificar no gráfico 8, os entrevistados mostraram ser este fator bastante importante, tanto que a maioria das pessoas (22) disseram que o trabalho era a coisa mais importante em suas vidas; 17 pessoas atribuíram ao trabalho o mesmo valor que atribuíam à família e ao lazer, e apenas uma pessoa disse que não tinha importância significativa.

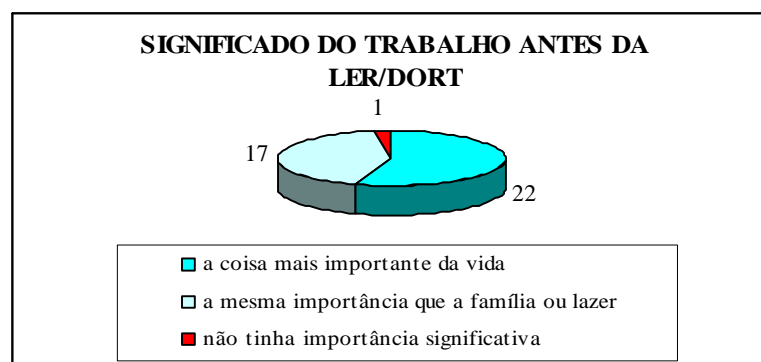


Gráfico 8 – Significado do trabalho antes da LER/DORT

Algumas pessoas demonstraram essa tendência de grande valoração do trabalho devido às dificuldades que encontraram no início da carreira profissional, pois algumas pessoas nunca imaginaram que algum dia iria ocupar o posto de serviço atual. Um exemplo é o de um entrevistado que por 10 anos foi empacotador de supermercado e hoje é empregado da Caixa. Segundo esse empregado, essa mudança de ambiente de trabalho melhorou sua auto-estima, pois teve oportunidade de aprender uma profissão e sentir que possui capacidade para tal. Disse que sente uma relação de dívida junto à empresa e, talvez por isso, tenha se dedicada tanto ao trabalho.

6.1.2. Características da Doença

Quando questionados sobre os primeiros sintomas da doença, todos os entrevistados relataram que a dor foi o primeiro sintoma, sendo comum até os dias de hoje. Esta dor localiza-se nas mãos, pulsos, cotovelo, braços, antebraços, pescoço, ombros e costas, porém não tem um ponto específico de localização, sendo muitas vezes referida como uma sensação de incômodo constante que aumenta com o esforço ou movimento. Geralmente, o tipo de dor relatado foi em pontadas.

Além da dor, foram citados outros sintomas iniciais como: formigamento nas mãos e nas pontas dos dedos, dormência nas mãos e braços; choques e sensação de calor nos braços; sensação de peso nos braços e ombros; diminuição da sensibilidade, dor de cabeça; perda da força nos braços, deixando comumente cair objetos das mãos e tremor nos braços.

Com relação à conduta dos entrevistados diante dos primeiros sintomas da doença, a maioria (20 pessoas) achou que não era nada grave e não procurou auxílio médico, pois desconhecia a doença; 10 pessoas acharam que não era nada grave e não procurou auxílio médico, mas conhecia a doença, e 10 pessoas procuraram imediatamente ajuda médica, apesar de não conhecerem a doença. Uma entrevistada relatou que foi uma das primeiras empregadas a ter LER na empresa, e na época até os médicos conhecia pouco a respeito do assunto.

Em relação à conduta da empresa frente ao estado de saúde dos empregados, a maioria deles relatou uma certa indiferença da empresa diante de seus sintomas, sendo que 34 pessoas disseram que a empresa apenas cumpria o que o médico instituía, nem mais e nem menos que isso, ou seja, permitia o afastamento do trabalho, entretanto comumente eram tratados com hostilidade e descrédito pela gerência; três pessoas relataram que sofriam algum tipo de ameaça em seus empregos por parte da gerência, tais como: pressão para continuar trabalhando, ameaça de descomissionamento¹² e de perda de emprego, e outros três entrevistados disseram ter tido a compreensão da necessidade de tratamento e de afastamento por parte da empresa.

Em relação à conduta do médico, grande parte dos entrevistados (28 pessoas) disse que foram afastados pelo médico, pois este compreendeu a necessidade de tal procedimento, e deu crédito aos seus sintomas. Entre os demais entrevistados, seis pessoas disseram que o médico não os afastou porque julgou seus sintomas mais leves e não achou necessário, três pessoas disseram que não foram afastadas do trabalho, devido a descrédito e desconfiança do médico em relação aos seus sintomas, e outras três pessoas receberam afastamento do trabalho devido à sua insistência, mas o médico agiu indiferente aos seus sintomas.

O gráfico 9 espelha a relação dos entrevistados com a perícia médica. Verifica-se que 29 sujeitos disseram não ter um bom relacionamento com os profissionais da perícia médica do INSS, visto que o afastamento do trabalho por tempo superior a 15 dias deve ser dado por esses profissionais.

Usualmente, as queixas dos entrevistados foram de que os médicos da perícia dificilmente os examinam e quando isto ocorre, chegam a machucá-los, visto que não dão crédito às queixas de dor. A dificuldade de comunicação entre paciente e médico; a

¹² Perda da função comissionada e diminuição do salário.

impessoalidade e rapidez da consulta; o descrédito em relação aos sintomas relatados; e a falta de especialização em medicina do trabalho, são algumas das queixas apontadas pelos sujeitos, tendo em vista que muitos entrevistados relataram que foram atendidos por médicos que não são da área. Entretanto, alguns disseram que a situação hoje em dia melhorou um pouco.

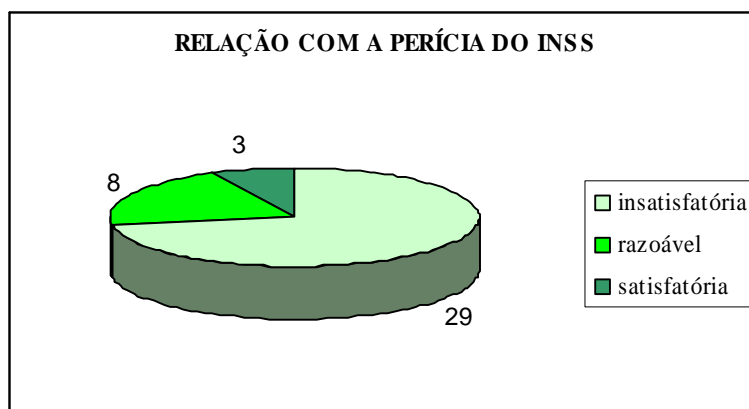


Gráfico 9 – Relação com a Perícia Médica

Conforme demonstra o gráfico 10, em relação ao estabelecimento do nexo causal, 22 pessoas já possuem a confirmação de que sua doença foi causada pelo trabalho, e para 18 pessoas ainda não foi estabelecido este vínculo.

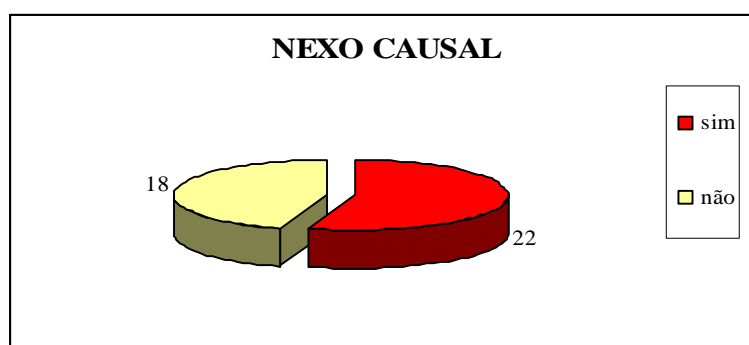


Gráfico 10- Nexo causal.

A dor nos membros superiores e pescoço, já que todos a citaram, foi a principal queixa dos entrevistados atualmente. A presença da dor é constante, melhora com o repouso, mas se exacerba com movimentos e ao fazer força. As pessoas relataram que a dor parece estar "dormindo" e aparece a qualquer movimento mais rápido ou mais forte, ou que a dor

está no subconsciente e elas já se protegem contra fatores que possam desencadeá-la como: cumprimentar pessoas com a mão, sair de ônibus porquê ficam doloridas, dirigir o carro, ir a lugares movimentados. Eles relatam que as dores são em diversas partes do corpo, como dores freqüentes nos ombros e antebraços, dor no polegar, dor nos membros superiores, dor na nuca, dor no maxilar, etc.

Todas as pessoas disseram ter que aprender a conviver com a dor, por isso a depressão, estresse e ansiedade também foram uma das queixas encontradas, aparecendo em períodos de dor. Uma entrevistada disse que “nos dias de dor fico desesperada. A impressão que tenho é que estou esperando o tempo passar, a LER/DORT passar, para continuar minha vida”. Outro entrevistado relatou que “as dores são constantes, mesmo fora do ambiente de trabalho, o que atrapalha inclusive no cotidiano fora da empresa, além de prejudicar a prática de esportes e o lazer, tem-se uma sensação de incapacidade e de inferioridade”.

De acordo com o gráfico 11, além da dor, as principais queixas foram: limitação funcional (37 pessoas), pela dificuldade de realizar tarefas antes desenvolvidas; depressão (34 pessoas); dormência nas mãos e pontas dos dedos (32 pessoas); perda da força nos braços (30 pessoas), deixando cair objetos das mãos; formigamento nas mãos e braços (28 pessoas); sensação de invalidez (28 pessoas); ansiedade (27 pessoas); estresse (25 pessoas); sensação de queimação (15 pessoas); vontade de dormir (15 pessoas), devido medicação para depressão e ansiedade; dor de cabeça (15 pessoas); sensação de desconforto (13 pessoas); dificuldade para dormir (10 pessoas), pois não encontram posição e muitas vezes, só conseguem dormir à base de medicamentos; choque nos braços (cinco pessoas); tontura (três pessoas); enrijecimento articular nas mãos e braços (quatro pessoas) e gastrite por excesso de medicamentos (duas pessoas).

Vale salientar que esta pergunta proporcionou aos entrevistados elencar uma série de respostas, como pode ser observado pelo gráfico abaixo, motivo pelo qual a soma das respostas ultrapassa 40 pessoas, tendo em vista que vários empregados poderiam apresentar a mesma queixa.

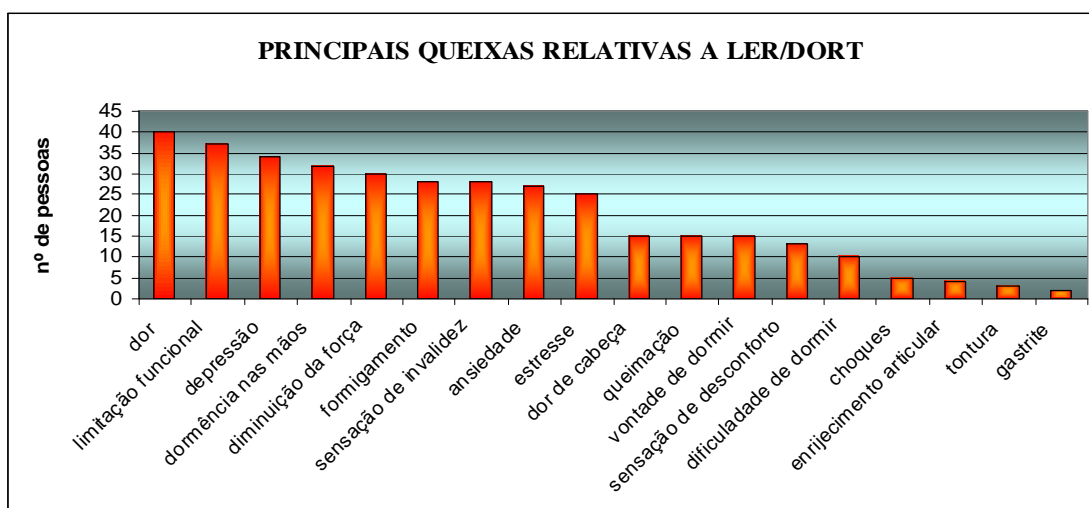


Gráfico 11- Principais queixas relativas a LER/DORT

São vários os tipos de tratamento que os entrevistados fizeram uso e, exceto o tratamento cirúrgico que seis deles realizaram, geralmente são os mesmos. A maioria das pessoas utiliza mais de um recurso terapêutico, sendo que algumas delas chegam a fazer uso de até quatro recursos, ocupando quase o dia inteiro com o tratamento. Relatam que fazem tudo o que lhes orientam com a finalidade de aliviar as dores frequentes.

Os tipos de tratamento utilizados são os seguintes: muitos medicamentos (analgésicos, antiinflamatórios, antidepressivos, incluindo medicamentos homeopáticos) quando necessário; fisioterapia; reeducação postural global (RPG); biodança; terapia ocupacional; acupuntura; hidroterapia; hidroginástica; massagem terapêutica; psicoterapia; psiquiatria (devido à depressão, estresse e ansiedade); osteopatia; tens; laser; alongamento; ultra-som; imobilização; gesso e infiltrações (é raro, apenas três pessoas realizaram).

Há relatos de melhora com esses recursos, principalmente com a acupuntura, justamente porque alivia a dor. Entretanto, de acordo com o gráfico 12, 28 pessoas encontram-se descrentes com os tratamentos, pois os realizam há bastante tempo e não vêem melhora considerável, já que a dor retorna com as atividades; e apenas 12 pessoas sentem-se confiantes, pois devido utilizarem vários recursos ao mesmo tempo, acham que algum deles com certeza trará resultados positivos.

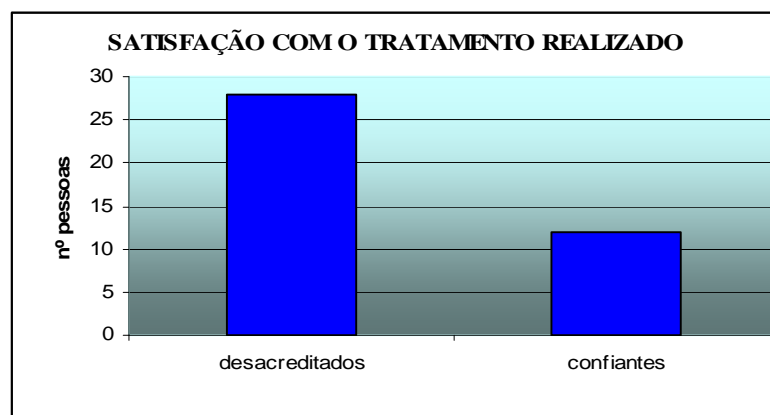


Gráfico 12- Satisfação com o tratamento

6.1.3 Relação com a Doença

Questionados sobre a percepção de seu estado de saúde atual, 25 entrevistados disseram que sua saúde encontra-se regular, pois apresentam crises dolorosas algumas vezes; 10 pessoas responderam que sua saúde está ruim, já que ao sentir dores entram em crise depressiva e, além disso, há muitas restrições de vida ocasionadas pelas LER/DORT; e cinco pessoas atribuíram um nível bom à sua saúde, pois recentemente achou que melhoraram um pouco (gráfico 13).

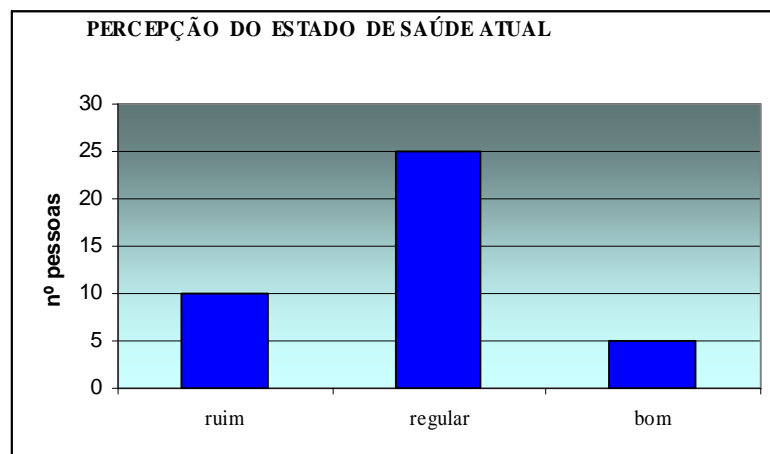


Gráfico 13 - Percepção do estado de saúde atual.

No que diz respeito às mudanças de vida em decorrência das LER/DORT, a vida de todos os entrevistados sofreram mudanças. Conforme o gráfico 14, para a maioria deles (20 pessoas) houve uma mudança completa em suas vidas em decorrência da LER/DORT; para

18 pessoas houve muitas mudanças de vida; e para duas pessoas houve poucas mudanças em suas vidas. Isso se deu porque tiveram que reformular seu modo de ser, estipular seus limites e executar suas tarefas mais devagar e acostumar-se a dividi-las com as outras pessoas, além de terem que parar de trabalhar, o que era considerado muito importante para a maioria dos entrevistados. Atualmente, é comum sentirem-se inúteis e inferiores por não poderem exercer a atividade com a mesma rapidez.

De acordo com o relato de uma entrevistada, ela teve que cortar os cabelos, pois não conseguia mais levantar os braços para penteá-los. Outra, disse que não conseguia escovar mais os dentes e segurar o bebê recém-nascido. Em outro relato, a entrevistada disse que teve de aprender a ter mais paciência consigo mesma e a reconhecer seus limites, já que antes era uma pessoa bastante independente, tomava a iniciativa das coisas e era impaciente com as pessoas que executavam tarefas mais vagarosamente.

Dessa forma, sentimentos como depressão, ansiedade, estresse e revolta são comuns entre os entrevistados diante das mudanças ocorridas em suas vidas em decorrência da LER/DORT.

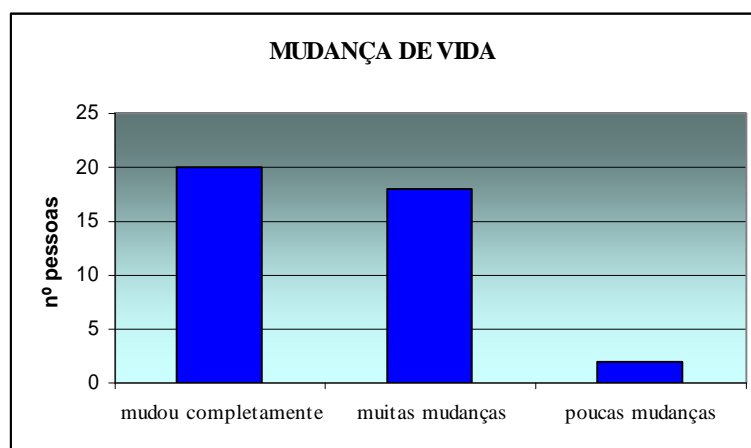


Gráfico 14 - Mudanças de vida em decorrência das LER/DORT

Ao se perceberem portadores de LER/DORT, com limitações funcionais no trabalho e no lar com atividades domésticas como lavar um prato, cortar grama e até mesmo nas atividades de vida diária (como escovar os dentes, lavar e pentear o cabelo, segurar um copo, dirigir um carro, cortar batatas, usar a tesoura) nos dias de crise dolorosa, a maioria dos entrevistados (26) disse sentir medo em relação ao futuro; 12 pessoas freqüentemente ficam

deprimidas por não sentirem melhora em relação à doença. Apenas duas pessoas sentem-se revoltadas perante a doença, conforme visualizado no gráfico 15.

Uma entrevistada relatou: “tenho medo em relação ao futuro, pois penso em quanto tempo ainda vou conseguir trabalhar, penso na indiferença dos médicos, de peritos, como irei suportar psicologicamente toda essa situação até a aposentadoria”. Outra pessoa disse que “sinto depressão porque tudo que envolve movimentos curtos e repetitivos provoca dor e pode levar à evolução da doença, e que só pensa na hora de melhorar e como essa hora não chega nunca fica deprimida”.

Esses sentimentos em relação às LER/DORT, de acordo com os entrevistados, surgem em decorrência do temor de ficarem dependentes fisicamente e sem condições de trabalho para suprir pelo menos suas necessidades básicas, já que são incompreendidos e desacreditados pelos chefes e colegas de trabalho devido à "invisibilidade da doença", pois o principal fator limitante existe, a dor, e eles podem senti-la. Porém, as demais pessoas não podem vê-la, e na maioria das vezes, o portador de LER/DORT é aparentemente uma pessoa saudável.

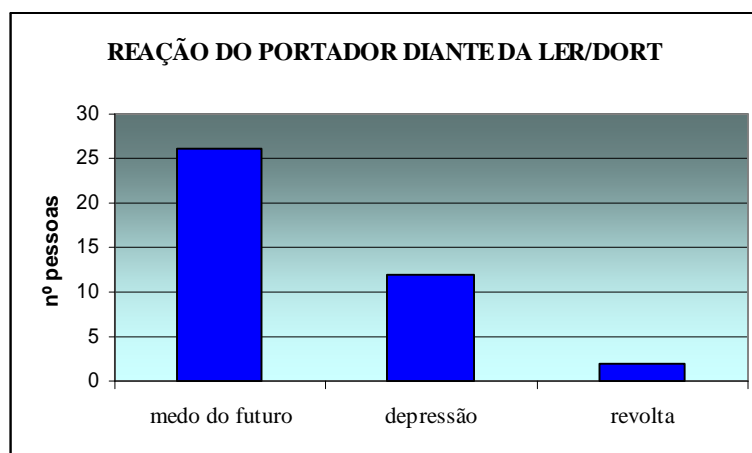


Gráfico 15 - Reação do portador diante das LER/DORT

Questionados quanto à reação dos colegas de trabalho diante das LER/DORT, a maioria dos entrevistados (27 pessoas) disse que os colegas tratavam suas queixas com descrédito, discriminando-os pela "invisibilidade da doença", pois parece "fingimento" ou "corpo mole" para não trabalhar. Um termo bastante usado por estes para apontar a

LER/DORT é "lerdeza". Apenas 13 entrevistados tiveram a compreensão dos colegas de trabalho diante de seu estado de saúde (gráfico 16).

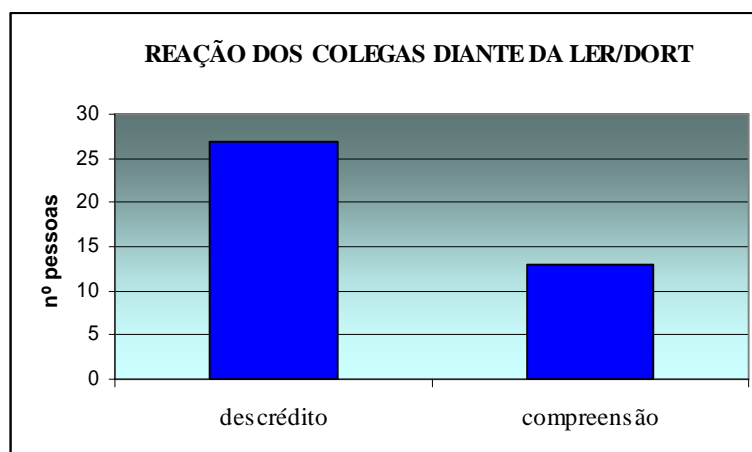


Gráfico 16- Reação dos colegas diante da LER/DORT.

Em relação à percepção dos portadores de LER/DORT quanto à cura da doença, conforme se pode verificar pelo gráfico 17, a maioria dos entrevistados (21 pessoas) acredita que a cura da LER/DORT é possível, mas vai demorar; e 19 entrevistados acham que a cura de sua doença é impossível, pois segundo eles, o prognóstico dos médicos é incerto e o resultado do tratamento quando ocorre, é lento.

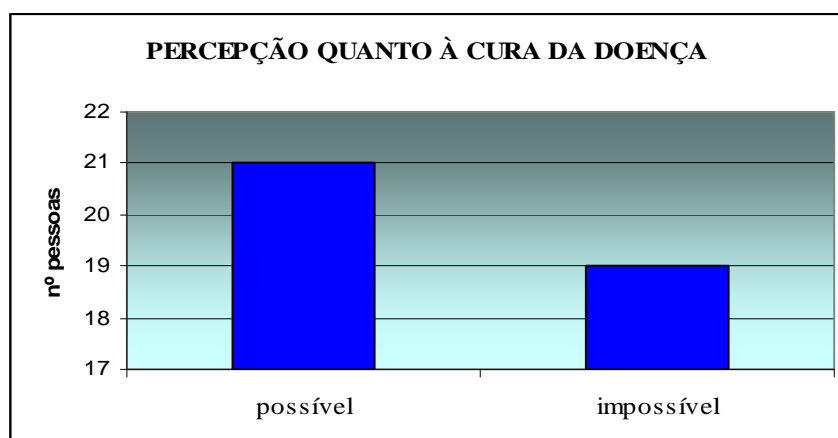


Gráfico 17- Percepção quanto à cura da doença

Um dos entrevistados relatou: “para que eu possa continuar a suportar essa dor eu tenho que acreditar na cura da minha doença, não posso perder as esperanças senão entro em depressão, e aí é pior”. Duas entrevistadas relataram que não acreditam na cura de sua doença, pois a medicina comprovou que ainda não existe cura para a LER/DORT e outra entrevistada relatou que o próprio médico perito do INSS lhe disse que é impossível a cura de sua doença. Os entrevistados relataram que estão aprendendo a conviver com os sintomas da doença, até que a medicina descubra a cura para a mesma.

De acordo com o gráfico 18, em relação à culpa pelo desenvolvimento da LER/DORT, a maioria dos entrevistados (25 pessoas) acha que a empresa em que trabalham foi a grande culpada, com poucos treinamentos, má organização do trabalho, mau uso da tecnologia, muita exigência e cobrança. Um entrevistado disse que “a empresa o destruiu psicologicamente” devido às pressões para trabalhar com dor. Outro entrevistado relata que o grande culpado pelo desenvolvimento da LER/DORT foi o trabalho desumano que ocorre nas agências da Caixa. Contudo, 10 entrevistados atribuem a LER/DORT às más condições de trabalho e também ao seu próprio modo de ser, ou seja, de querer fazer muitas tarefas e trabalhar rapidamente. Conforme relato de outra entrevistada: “a empresa é culpada por não ter prestado à época, as informações necessárias para a prevenção da doença e também pelo acúmulo de trabalho/responsabilidade para apenas uma pessoa executar. E atribui também a ela mesma pela demora em procurar o médico e realizar o tratamento necessário no início da doença”. Apenas cinco entrevistados atribuem sua doença a si próprios, justamente por quererem “abraçar o mundo sozinhos”. Uma entrevistada disse que adquiriu a doença por “adorar trabalhar”.

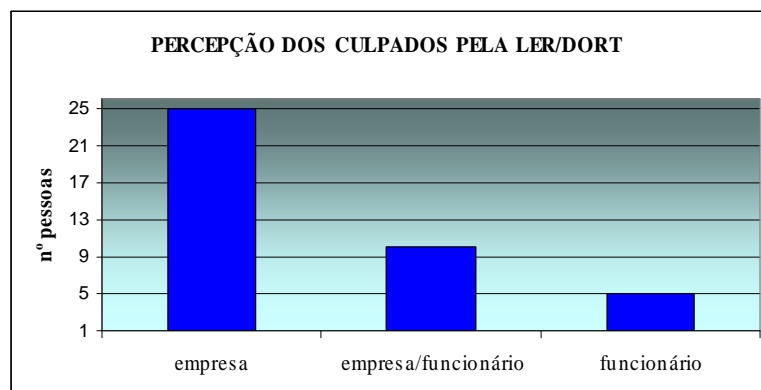


Gráfico 18 - Percepção dos culpados pelo desenvolvimento da LER/DORT.

Em relação à percepção sobre o que é a LER/DORT e como percebem em suas vidas esta doença, destacam-se abaixo alguns relatos dos entrevistados sobre o que a LER/DORT é:

“Algo que impõe limitações totais em sua vida. É ela quem manda no teu humor, no teu dia a dia”.

“É extrapolar o limite do corpo, é a falta de amor, é colocar aquilo que te faz mal acima de você mesma”.

“É a dor que a gente sente nos braços, as limitações, porque a gente não tem mais força. Não dá para lavar um prato, estender uma roupa e se você cai, não tem força para se segurar, essas são as horas que você lembra que tem a doença”.

“E a maior desgraça da minha vida”.

“Doença osteomuscular provocada pelos movimentos repetitivos no trabalho, bem como pelo nível de stress no trabalho, provocado em decorrência da grande pressão e responsabilidade”.

“Uma coisa que vem devagar e quando você percebe ela já está lá. É difícil de curar e é estranho ter uma limitação e aparentemente as pessoas não a ver. Na sessão de psicoterapia cheguei à seguinte conclusão: eu e a LER. unidos para sempre”.

“E uma lesão que ocorre no nosso corpo, oriunda de um esforço repetitivo e que gera muitas dores, desconforto, instabilidade emocional e problemas para a vida dos empregados e que poderia ser evitada ou contornada caso a empresa tivesse um programa correto de instrução aos seus empregados quanto aos riscos dessa doença”.

“Um limitador tanto na vida profissional como na vida pessoal”.

“É uma doença muito ingrata. Só eu sentia a dor, só eu sabia que se pegasse alguma coisa pesada o braço ia doer, não dava para pegar um copo. São coisas que as pessoas não podem ver, só eu sinto. Então elas dizem que você esta é com lerdeza, porque elas não acreditam”.

“É uma doença que a gente tem que aceitar e conviver com ela e com todas as restrições que ela traz”.

“E uma doença que me limita em vários sentidos (profissional, econômico, familiar, psicológico, social, etc.)”.

“E uma doença muito séria, com muita dor e que nos torna inválidos e discriminados pela empresa e pelos colegas”.

"É limitação, porque você tem que mudar todo o seu modo de viver no dia-a-dia. Deprime muito a gente, a gente fica muito revoltado".

É uma doença que hoje estou acreditando, porque eu estou sentindo os sintomas dela dentro de mim. É uma doença que você adquire sem saber, você vê seu braço definhando e não pode fazer nada. A LER. é uma doença em que o maior interessado em curar é você mesmo".

"É um transtorno na minha vida que limita bastante".

"É um atrofiamento das mãos, não dá para explicar, não dá para acreditar que existe essa doença que vai paralisando os músculos da gente. É um absurdo. Ainda não parei para pensar e nem quero parar, porque eu não sei se vou agüentar, porque para minha cabeça não dá ainda. Não dá para dizer o que é, eu estou levando. Eu não estou ainda aceitando essa doença, eu estou fugindo. Ultimamente, até saio sem a tala para ninguém perguntar nada."

"É restrição como gente, pois afeta a minha capacidade de cuidar de mim mesmo. Tem dias que eu não consigo amarrar o sapato, aí me dá desespero por não poder fazer o que eu quero. Parece que você passa a ser menos gente, até na condição de cidadão, você se sente inferior".

"Um problema que surgiu em função da maneira e do tempo que eu trabalhava".

"Foi uma coisa que veio para me prejudicar devido às limitações de vida que ela causa".

"É um acidente de percurso, uma coisa que foi colocada em minha vida para eu aprender, crescer, tirar algum proveito e passar isso para outras pessoas. Enfim, só mais uma lição de vida".

"É mais que um problema físico, é um problema que te afeta muito mais emocionalmente pela depressão e pelas limitações físicas que ela te causa".

"Dor e restrição".

"É uma doença ingrata, pois os sintomas evoluem lentamente e se parecem com sintomas de outras doenças. Quando torna-se insuportável, o caso já é grave e não é aparente nem para si próprio, muito menos aos olhos dos outros, o que causa o descrédito perante colegas e chefia".

"É uma coisa invisível que está dentro da gente, machucando. Parece que vai corroendo por dentro, limitando a vida da gente. As pessoas não acreditam que você tem a doença, pois não vêem a dor. Quando vejo uma pessoa que está iniciando os sintomas, fico com pena, pois lembro o que aconteceu comigo. Eu era normal".

Vale ressaltar que, apesar da maioria dos participantes descreverem o que é a LER/DORT, alguns não sabem o tipo de LER/DORT que os acometem. Uma entrevistada disse o seguinte: “eu não apresento doença osteomuscular. Eu apresento doença degenerativa chamada fibromialgia, tendinite, bursite e outros palavões que só buscando no laudo médico”. Outra entrevistada ressaltou que “seria muito bom se a CAIXA divulgasse mais sobre a LER/DORT, esclarecendo inclusive que ao retornarem às atividades o lesionado precisa da compreensão de todos, pois trata de uma doença que é adquirida no ambiente de trabalho, devendo ser respeitado pelos colegas e pelas chefias por suas restrições”.

6.1.4 Vida Atual

Conforme o gráfico 19, no que diz respeito às condições de realizar trabalho, embora todos os entrevistados estejam em exercício, 20 pessoas disseram que não podiam estar trabalhando no momento, porque o trabalho executado exige movimentos repetitivos de mãos e braços e, por essa razão sentem que a intensidade da dor esta aumentando novamente, pois ainda tem o estresse e a pressão da chefia por produtividade. Entretanto, relataram que estão agüentando mais um pouco porque é muito depressivo estar com dor e ter que sair de licença e ainda ser discriminado pelos colegas, sendo que assim se sentem mais inválidos ainda. Nesse sentido, seis pessoas relataram que até mesmo algumas atividades de lazer como assistir televisão é cansativo, pois exigem a posição sentada por algum tempo.

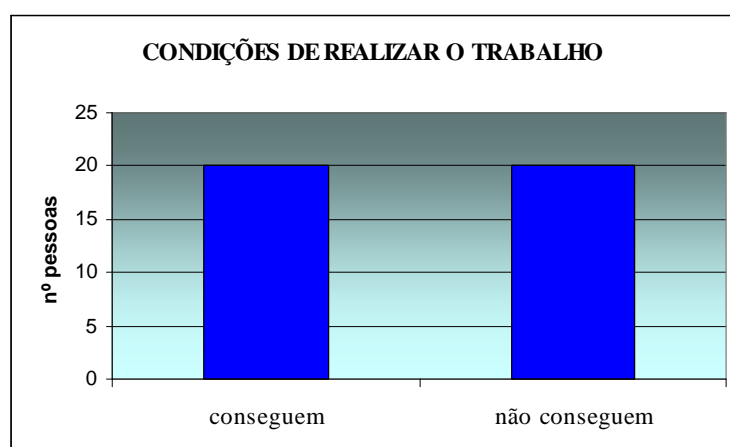


Gráfico 19- Condições de realizar trabalho.

As outras 20 pessoas consideram que podem realizar trabalho e acreditam que estão aptas a realizar trabalho de atendimento ao público ou outro tipo que não exija tanto dos membros superiores. De acordo com uma entrevistada, uma vez ela foi afastada e achava que não seria necessário, bastava a empresa aproveitá-la em outra função, pois o afastamento piora o quadro depressivo. Segundo essa entrevistada, antes só tinha dor em um braço, agora tem dor nos dois braços e ombros.

No que diz respeito a treinamento para nova habilitação profissional, todos os entrevistados disseram que não tiveram e não estão tendo qualquer tipo de treinamento para aprender uma nova atividade. Segundo os que passaram por avaliação no Centro de Reabilitação Profissional do INSS, o tipo de treinamento ou avaliação, não condiz com a realidade, já que o equipamento utilizado não é o mesmo da atividade real. Os trabalhadores que estão realocados de função aprenderam a nova atividade na prática diária ou através de outros colegas.

Em relação à conduta da empresa atualmente: pode-se observar pelo gráfico 20 que a maioria dos entrevistados (20 pessoas) sentem-se insatisfeitos com a conduta atual da empresa em relação à sua situação de saúde, visto que embora reconheçam que a empresa passou por várias reestruturas ergonômicas para a prevenção da LER/DORT, ela esqueceu do mais importante: o fator humano da organização no retorno dos empregados afastados por LER/DORT. Uma entrevistada relatou o seguinte: “a discriminação continua quando o empregado retorna à empresa, é tratado do mesmo jeito, os seus colegas e chefes não tem conscientização de como receber um portador de LER/DORT com todas as suas limitações. Aí vem a depressão, o estresse, a ansiedade e em consequência as dores retornam mais fortes e você, mais uma vez, entra de licença e o ciclo se repete. Precisa é de uma conscientização dos gestores e colegas sobre as limitações que um portador de LER/DORT sofre, tanto física como psicologicamente, e precisamos ser tratados com respeito, pois não somos inválidos e nem inferiores porque temos algumas limitações”. Verifica-se ainda, que 12 pessoas sentem-se indiferentes à conduta da empresa, mesmo achando que para ela, eles são apenas mais alguns em suas estatística; e apenas oito pessoas encontram-se satisfeitas em relação à conduta atual da organização diante de suas situações.

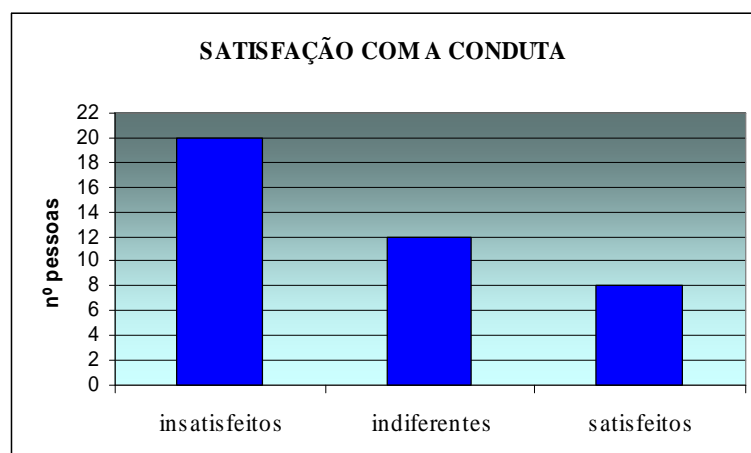


Gráfico 20- Satisfação com a conduta da empresa

Conforme pode ser observado no gráfico 21, a maioria (29 pessoas) não se sentem seguras em relação aos seus empregos, pois não são tão produtivas para a empresa. Segundo uma funcionária: "eu sinto que incomodo as pessoas e meus colegas, pois não tenho uma continuidade de trabalho. Hoje estou boa, amanhã estou cheia de dores, ou amanhaço bem e no final da manhã estou mal." Somente para cinco pessoas existe segurança no trabalho e não há o medo de perder o emprego e seis pessoas disseram que algumas vezes sentem-se seguras em relação ao emprego.

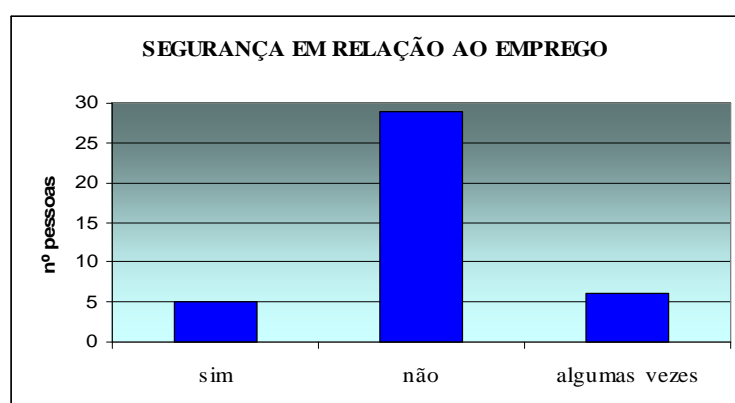


Gráfico 21 - Segurança em relação ao emprego.

De acordo com o gráfico 22, diante do questionamento quanto à percepção do modo de vida atual, 23 pessoas disseram que atualmente são dependentes nas tarefas que exigem maior esforço, mas conseguem realizar as atividades de vida diária (AVD) tomando os

devidos cuidados; sete pessoas disseram que se encontram dependentes para realizar algumas AVD, principalmente estando em crise dolorosa; seis pessoas disseram que se encontram independentes fisicamente, mas são dependentes financeiramente de seus familiares para realizar o tratamento; e outras quatro pessoas disseram ser independentes física e financeiramente.

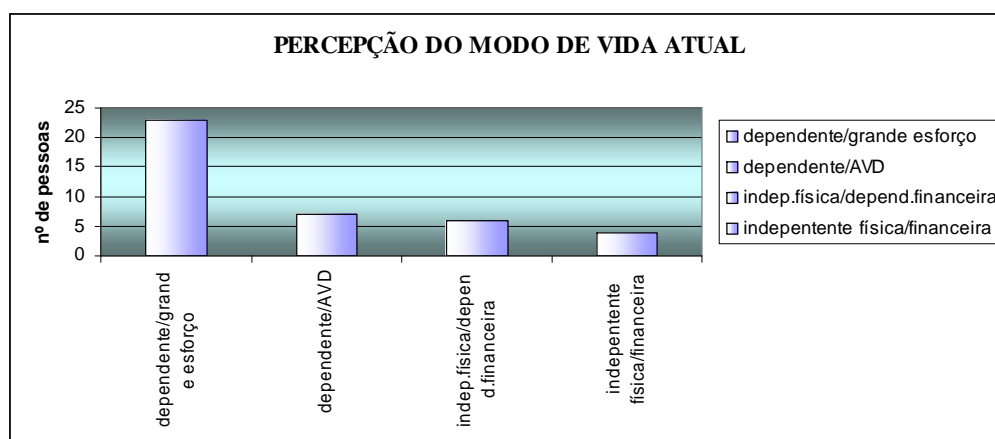


Gráfico 22- Percepção do modo de vida atual.

Quando questionados sobre suas expectativas de vida em relação ao emprego atual, 12 pessoas disseram que devido a suas limitações laborais, pretendem aposentar-se; outras 22 pessoas disseram que pretendem continuar na CAIXA, sendo que outras 12 disseram que foram realocadas para outro setor e não contaram aos novos colegas e chefes que tem LER/DORT com medo de discriminação por parte destes. Uma entrevistada disse que procura nunca entrar em licença médica para que ninguém saiba que ela tem essa doença. Outras seis pessoas disseram que não têm nenhuma expectativa em relação ao emprego atual.

Quanto às perspectivas em relação ao futuro profissional, percebe-se em todos os entrevistados que este assunto é muito delicado para eles, pois toca-se num ponto que muitos evitam comentar e até mesmo pensar. Devido a isso, 12 pessoas disseram ter uma perspectiva sombria e negativa quanto ao futuro profissional; oito pessoas disseram não ter nenhuma perspectiva atualmente; 15 pessoas ainda não pararam para pensar e evitaram esse assunto; e apenas cinco pessoas têm a perspectiva de continuar trabalhando. Uma entrevistada disse o seguinte: “sinto-me limitada para algumas atividades físicas, mas a minha cabeça está ótima, eu não desanimei e ainda sei que sou capaz”. Outra entrevistada disse que quer crescer

profissionalmente dentro da CAIXA e considera que já vem crescendo desde que a LER/DORT foi diagnosticada. Outra entrevistada relatou o seguinte: “quer crescer sempre mais, criar novos horizontes na empresa ou fora dela e não culpar ninguém. Não criar limites que não existem e aceitar e saber conviver com os que existem”.

Os entrevistados com perspectivas sombrias e os sem perspectiva atualmente em relação ao futuro profissional, relatam ter esse sentimento devido a idade em que se encontram, pois sentem que a empresa não quer empregados com limitações funcionais, sendo que as outras empresas jamais vão aceitá-los, devido à idade e à limitação. Uma entrevistada disse o seguinte: “não tenho nenhuma perspectiva, quem vai querer alguém doente para trabalhar?”.

Quando os entrevistados foram questionados quanto às suas perspectivas em relação à vida pessoal, 11 pessoas acreditam que podem conciliar as atividades do lar e de vida pessoal com o apoio da família, mas precisam adaptar-se ao novo modo de viver e moldar suas vidas dentro dos seus limites atuais; 16 pessoas atualmente encontram-se desanimadas em relação à vida pessoal, pois acham que esta tem tudo a ver com a vida profissional; três pessoas não têm qualquer perspectiva em relação à vida pessoal. Quanto às outras 10 pessoas entrevistadas achei interessante transcrever o relato delas, conforme abaixo:

“Mais atividades extra-empresa”.

“Vencer as dificuldades trazidas pelos transtornos de ansiedade e fobias que têm me acometido ao longo desses 10 anos de convivência com a LER/DORT”.

“Vou caminhando como Deus manda”.

“Sem grandes ambições, pretendo apenas ter uma vida saudável juntamente com a minha família”.

“Muito boas. Estou me casando, acabo de comprar um apartamento e espero ser feliz”.

“Pretendo dedicar mais tempo à família e fazer mais atividade física”.

“Continuar meus estudos”.

“Continuar em harmonia com a minha família e amigos. Viajar muito”.

“Boa, minha família me apóia e me auxilia nas atividades domésticas”.

“Quero buscar atividades que eu possa ser feliz, como algum hobby, ou voluntariado”.

No que diz respeito à participação em atividades sociais, de acordo com o gráfico 23, a maioria dos entrevistados (20 pessoas) raramente participa de atividades sociais; 18 pessoas participam frequentemente; e apenas duas pessoas disseram nunca participarem de atividades sociais.

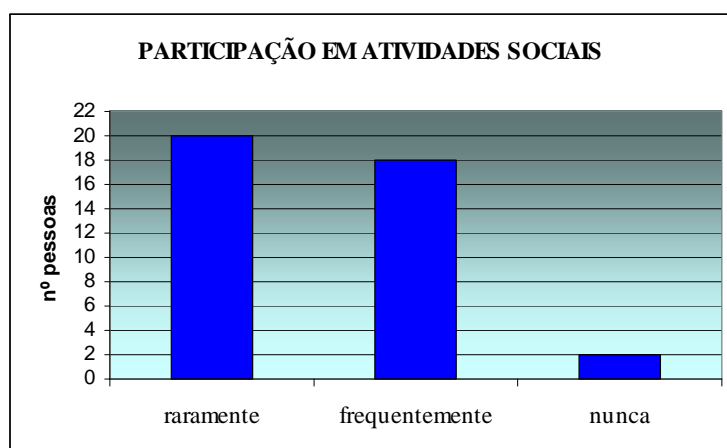


Gráfico 23 - Participação em atividades sociais.

A explicação para a não participação ou sua restrição, foi de que há certas atividades como esporte ou festas demoradas e com muitas pessoas, que limitam a participação. Algumas pessoas disseram que evitam este tipo de atividade social porque têm medo de serem machucadas com um cumprimento mais caloroso. Outras disseram que não participam porque ao se afastarem do trabalho perderam o entrosamento com os colegas, e outras ainda relatam que evitam esse tipo de atividade porque não têm ânimo, ou para evitar encontrar colegas de trabalho, pois pode sofrer discriminação por não produzirem como antes, já que a doença não aparece.

Dentre as atividades sociais que os entrevistados participam, uma pequena parte citou as cerimônias religiosas. Contudo, a maioria relatou que depois do aparecimento das LER/DORT, houve uma maior atenção para o lado espiritual, no intuito de suportar o sofrimento advindo da doença, e também porque, segundo algumas pessoas, essa é uma das poucas potencialidades que a LER/DORT não afetou negativamente.

Ilustrando a questão anterior, uma entrevistada disse: *"minha religião me ensina a perdoar, e a compreender porque as pessoas me tratam da maneira que me tratam, dessa forma eu consigo evitar a mágoa, além de que nos dias que tenho vontade de morrer me dá a*

compreensão de que isso não adiantaria nada, e se estou passando por isso é uma forma de aprendizado e de crescimento espiritual. Jesus Cristo que não tinha nenhum pecado foi caluniado, maltratado, machucado, por que eu não teria de sofrer nenhuma ofensa? Acrescenta ainda: para quem está passando por isso, eu aconselho a religião, exercício físico e alguma forma de alegria; meus amigos são fundamentais, me tiram de casa e me levam para dançar, para jogar imagem e ação, para contar piadas, basta aumentar a criatividade, e se abrir para permitir que a dor se dilua”. Outra entrevistada relatou o seguinte: “minha religião me dá forças porque Deus é fonte de Amor, Paz, Esperança, Perdão, Fé. A presença de Deus é que há de melhor em nossas vidas. É o que me fez capaz de superar todos os obstáculos, e acreditar na possibilidade de cura quando tudo parecia impossível”.

No que diz respeito às coisas importantes na vida atual, os entrevistados elegeram entre o lazer, a comunidade, o trabalho, a religião e a família (gráfico 24), as coisas mais importantes para eles em suas vidas atualmente. Observa-se que a família é considerada atualmente como a coisa mais importante na vida da maioria dos entrevistados, tomando uma parte do espaço que antes era ocupado pelo trabalho.

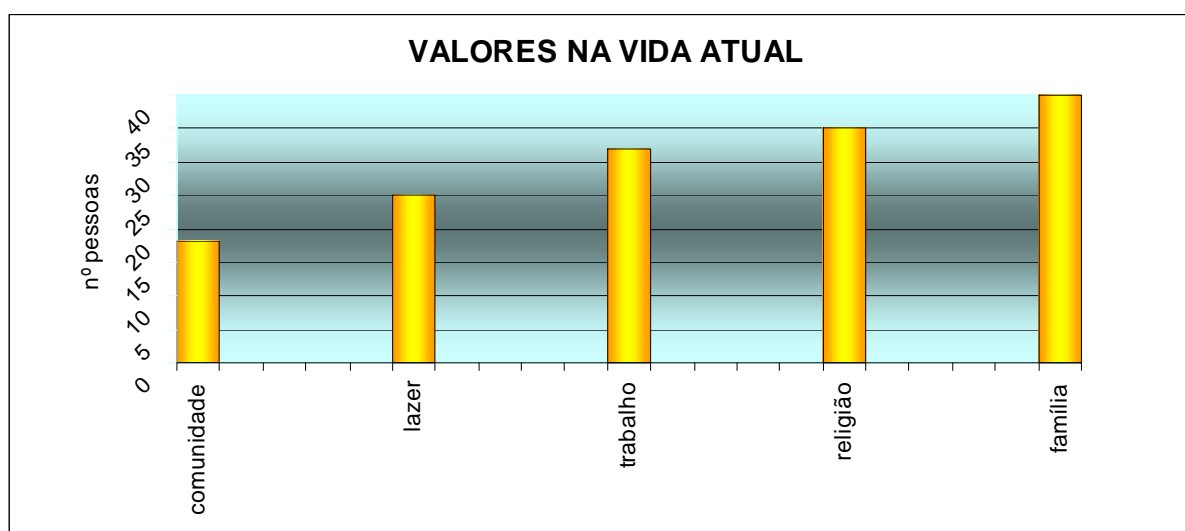


Gráfico 24 – Valores na vida atual

Verificou-se ainda, que após o surgimento da doença, e retornar ao trabalho, os entrevistados passaram a se preocupar menos com a empresa e mais consigo mesmos e com sua a família. Percebe-se isso na fala de uma entrevistada, quando a mesma nos coloca: “não tenho mais aquela paixão que eu tinha pelo meu trabalho. Me doava de corpo e alma. Hoje

não, deu minha hora eu estou indo embora. Sou mais minha família do que ficar trabalhando sete, oito horas”. Outra entrevistada disse o seguinte: “antes da LER/DORT o trabalho era a coisa mais importante para mim, agora vejo as coisas diferentes e dou mais importância à minha família e à religião, que é o que me sustenta hoje”.

7 - DISCUSSÃO

Por meio da análise dos dados, pode-se verificar que a amostra concentra maior número de pessoas do sexo feminino (30 pessoas), na faixa etária entre 36 a 45 anos (25 pessoas), casados (22 pessoas) e com nível superior completo (22 pessoas).

Em relação à faixa etária, vale ressaltar que os empregados portadores de LER/DORT na amostra pesquisada, constituem uma população em plena fase produtiva, com idade prevalente menor que 50 anos, apresentando consonância com o que vem sendo apontado em outros estudos à respeito da temática. Observa-se que na faixa etária dos 36 aos 46 anos, onde se constata um percentual de (62,5%) de trabalhadores, é conseqüentemente, quando a contribuição para os encargos sociais e a atividade laborativa ocorrem de maneira mais eficiente, ou seja, a doença incidiu predominantemente sobre o grupo de maior potencial de trabalho.

Uma outra questão relevante é o fato da doença ter se manifestado precocemente, ao incidir sobre uma faixa etária considerada jovem, situada entre 26 e 30 anos. Esse dado revela, que sendo as LER/DORT uma doença que pode acarretar incapacidade, seu surgimento em idades precoces além de prejudicar a saúde mental do trabalhador, remete a um problema sócio-econômico e previdenciário, devido aos afastamentos do trabalho, pagamento de indenizações, “benefícios” previdenciários e tratamento médico, implicando, em última instância, em um ônus para a sociedade, que acaba assumindo os prejuízos que a organização do trabalho acarreta ao trabalhador.

Em relação aos dados de ocupações anteriores, observou-se que os entrevistados começaram a trabalhar muito cedo, sendo que a maioria das pessoas iniciou suas atividades de trabalho assalariado entre 18 e 20 anos, sendo que as principais funções exercidas foram as de: auxiliar de escritório, balconista, empacotador de supermercado, datilógrafo, secretária, recepcionista, professor, empregada doméstica, auxiliar de contabilidade, auxiliar de departamento de pessoal, assistente de departamento de pessoal, instrutor de informática, agente administrativo, programador e escrivão.

Já em relação à profissão atual, tendo em vista que o trabalho é um estudo de caso envolvendo os empregados da CAIXA, todos os entrevistados (40 pessoas) ocupam a

profissão de bancário nas funções de escriturário; analista, consultor interno, especialista e Gerente.

O perfil das funções dos empregados portadores de LER/DORT na amostra estudada caracteriza-se predominantemente por funções pertinentes ao setor de serviços, acompanhando a trajetória da doença nos ramos de atividade econômica, refletindo a incorporação de novas tecnologias e formas de organização do trabalho. Esses dados mostram, que apesar de na década de 80 as LER/DORT terem sido consideradas como a “doença dos digitadores”, hoje ela não é mais um modo de adoecimento restrito a esta categoria e se encontra dispersa em várias outras atividades.

Segundo o INSS (1998), em 1991 o NUSAT - Núcleo de Saúde do Trabalhador - INSS/SUS/MG (Instituto Nacional de Seguro Social/Sistema Único de Saúde/Minas Gerais), registrou casos de Lesões por Esforços Repetitivos nas seguintes funções: digitador, controlador de qualidade, enfileirador, montador de chicote, montador de tubos de imagem, operador de máquinas, operador de terminais de computador, auxiliar de administração, auxiliar de contabilidade, operador de telex, datilógrafo, pedreiro, secretário, técnico administrativo, telefonista, auxiliar de cozinha, copeiro, eletricitista, escriturário, operador de caixa, recepcionista, faxineiro, ajudante de laboratório, viradeiro e vulcanizador.

No final de 1991, ocorre um novo avanço, quando as LER, já consideradas como um conjunto de lesões que atinge os membros superiores - não somente a tenossinovite e não apenas em relação aos digitadores -, foram legisladas como doença do trabalho. O diagnóstico pressupõe a perda total ou parcial da capacidade de laborar, resultante da atividade profissional, de acordo com o decreto 375/91, parágrafo 2º, artigo 140, do *Diário Oficial* (Poder Executivo, 9.12.1991).

Segundo o INSS (1998), as Lesões por Esforços Repetitivos no Brasil foram primeiramente descritas como tenossinovite ocupacional. Foram apresentados, no XII Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho - 1973, casos de tenossinovite ocupacional em lavadeiras, limpadoras, engomadeiras, recomendando-se que fossem observadas pausas de trabalho daqueles que operam intensamente com as mãos. Em agosto de 1987 foi publicada a Portaria nº 4.062 pelo Ministério de Previdência Social reconhecendo a tenossinovite como doença do trabalho. A partir de então, inúmeros casos de atividades de riscos em diferentes ocupações foram registradas. Compete lembrar que o assunto passou a

ser desde a década de 80 do século passado a preocupação de muitos países, frente aos novos paradigmas instituídos no mundo globalizado.

A observação dos dados sobre funções revela a importância de atividades ligadas aos sistemas de processamento de dados, mais particularmente a digitação, tais como: auxiliar/agente administrativo, digitador, caixa e escriturário, totalizando a maioria das funções exercidas pelos empregados entrevistados. Essas funções caracterizam-se pela repetitividade, monotonia, ritmo continuado e tarefas desprovidas de conteúdo significativo, que são fatores potencialmente desencadeadores das LER/DORT.

Atualmente, temos assistido a um relato de aumento substancial na incidência de Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT). O que antes se reduzia apenas à "doença dos digitadores", hoje constata-se abranger um número considerável de profissões que têm em comum, principalmente, a repetição de movimentos em espaços de tempo determinados pela organização específica do trabalho. Isso implica num quadro clínico que resulta em fadiga, queda da performance no trabalho, dor, incapacidade parcial ou total para o trabalho (INSS, 1998).

Em virtude do acometimento de outras categorias profissionais, hoje a LER/DORT já é considerada um problema de saúde pública. Desta forma, não somente os digitadores são considerados categorias profissionais com risco de desenvolver a doença, como também as formas clínicas da LER/DORT abrangem mais patologias do que apenas a tenossinovite (INSS, 1988).

Quanto ao tempo de serviço na empresa, este é extenso com mínimo de três anos e máximo de 27 anos, sendo que a maioria dos empregados (15) tem 16 anos de trabalho na empresa. Entretanto, constata-se por meio das entrevistas que uma amostra significativa de empregados tinham menos de cinco anos exercendo a função na qual foi diagnosticada a doença. Esse dado demonstra que as LER/DORT atingiram o trabalhador em pouco tempo, precocemente. O tempo de trabalho para o desenvolvimento da doença é um, entre os vários componentes que desencadeiam o adoecimento, podendo este tempo ser maior ou menor, dependendo da natureza e dos componentes do trabalho.

A questão do tempo de trabalho é muito relativa, necessitando algumas ressalvas, as quais são apresentadas a seguir: os sintomas da doença, podem ter surgido num período anterior ao exercício da função na qual as LER/DORT foram diagnosticadas, mas devido

esses sintomas não terem sido valorizados pelo trabalhador, por razões diversas, não o levou a procurar tratamento. Uma outra suposição refere-se a diagnósticos não esclarecedores, contribuindo para a evolução do quadro da doença. Um outro ponto a ser analisado, relaciona-se ao exercício de atividades em funções que também apresentavam fatores desencadeantes da doença, ocasionando um processo contínuo de exposição, durante determinado período da vida laboral do trabalhador, o que pode ser verificado pelas atividades exercidas pelos entrevistados antes de entrarem na empresa em estudo.

Em relação ao desenvolvimento do trabalho, os depoimentos dos entrevistados revelaram que havia uma incompatibilidade entre o trabalho executado e suas necessidades físicas e psicológicas, sendo que a maioria relatou que não gostava do tipo de trabalho que fazia. Entretanto, havia grande necessidade de completar todas as tarefas no mesmo dia, daí a realização de horas extras freqüentemente, e a necessidade de trabalhar rapidamente; pouca diversidade em relação às tarefas realizadas; pouca oportunidade de participação nas decisões relativas ao seu próprio trabalho; pouca autonomia em suas atividades; condições ambientais (mobiliário, ruído, temperatura, iluminação) muitas vezes incompatíveis consigo mesmos; informações insuficientes por parte da empresa sobre os riscos ambientais a que estavam expostos e número insuficientes de treinamentos para exercerem as tarefas.

As exigências físicas e mentais também foram marcantes, pois ao final do dia de trabalho os entrevistados encontravam-se esgotados física e mentalmente. Por isso, não dispunham de tempo e ânimo para executar outro tipo de atividade assalariada, porém, havia necessidade de realizar tarefas domésticas, sendo que grande parte das mulheres do grupo tinha dupla jornada de trabalho, ou seja, dentro e fora do lar.

Quanto ao relacionamento com os colegas e supervisores, pareceu haver satisfação em relação aos colegas, entretanto nem todos concordaram em relação aos supervisores nesse aspecto. Ressalta-se que a maioria das pessoas disse ser perfeccionistas, trabalham rapidamente e de forma a não cometer erros, pois além destas serem características próprias, a organização do trabalho fazia essa exigência, implícita ou explicitamente. Associado a isso, o trabalho ainda ocupava, senão o principal, mas um lugar muito importante em suas vidas.

Em relação à situação atual no trabalho, tendo em vista que a empresa não permite contato com os empregados afastados, todos os entrevistados (40) encontravam-se trabalhando no momento da entrevista. Contudo, pode-se observar que grande parte dos

entrevistados (31) é reincidente, representando 77,5% da amostra estudada, sendo que nove pessoas se afastaram do emprego pela primeira vez em decorrência da LER/DORT. Ainda sobre os afastamentos, das 31 pessoas reincidentes 22 são mulheres e nove são homens. Das nove pessoas que se afastaram pela primeira vez, oito são mulheres e apenas uma pessoa é do sexo masculino. Assim sendo, em relação ao sexo, a maioria dos entrevistados (30 pessoas) é do sexo feminino.

Verifica-se, que apesar de não ser exclusiva, as LER/DORT consistem numa doença que atinge em sua maioria, as mulheres. A distribuição dos casos com diagnóstico de LER/DORT na empresa em estudo confirma estas características, com a predominância do sexo feminino em relação ao masculino.

Em relação a maior incidência do número de mulheres que adquirem a doença, Gotto (1993), expõe que ainda faz-se necessária a realização de estudos epidemiológicos a respeito, mas cita alguns aspectos que podem contribuir para este índice, como: os trabalhos repetitivos na sociedade em geral são delegados ao sexo feminino; as mulheres tem dupla jornada de trabalho, são responsáveis pelas atividades domésticas além disso, estudam-se fatores hormonais relacionados ao aparecimento da doença.

Assim sendo, na literatura pesquisada, encontramos vários autores que explicam essa diferença de prevalência de LER/DORT entre mulheres e homens, relacionando a questões biológicas e psicológicas da mulher. Entretanto, apesar desses fatores poderem estar associados às LER/DORT, agravando os sintomas, dificilmente estão relacionados à sua causalidade. A compreensão que se ratifica é de que o trabalho é o gerador desse processo de adoecimento. Esse discurso que alude à predisposição feminina no surgimento das LER/DORT acaba por contribuir para obscurecer o principal motivo da sua ocorrência, o modo como homens e mulheres trabalham (Ribeiro, 1999).

A prevalência de LER/DORT em mulheres remete-se, também, à discussão da divisão sexual do trabalho, ou seja, às questões de gênero envolvidas no processo de trabalho. A ampliação do mercado de trabalho para a mão-de-obra feminina, nas últimas décadas, não ocorreu associada à sua qualificação (Ribeiro, 1999).

Ressalta-se que os trabalhos demandados para as mulheres, independente dos setores que atuam, requer agilidade, repetição, delicadeza, rapidez, etc, que são socialmente

legitimados como atributos femininos, ocultando as diferenças culturais, sociais e políticas, que se expressam na organização do trabalho.

Essas questões levantadas, relacionadas ao modo de inserção do trabalho feminino na sociedade, são fatores que aumentam as possibilidades das mulheres serem mais atingidas pelas LER/DORT.

Como as LER/DORT são consideradas acidentes de trabalho, se faz necessária a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), sendo que o afastamento superior à 15 dias dá direito ao recebimento do auxílio-doença. Quando a consolidação da lesão resulta em seqüela que reduza a capacidade laborativa, o trabalhador tem direito ao recebimento do auxílio-acidente mensal e vitalício, pago pelo INSS a partir da alta médica. Esse valor corresponde a 50% do salário de contribuição de empregado, o qual somente é dado pelo perito do INSS após a constatação da seqüela que reduza a capacidade laborativa, sendo que o empregado é obrigado a passar pela reabilitação dado pelo INSS para exercer outra atividade na empresa. Dos 40 empregados entrevistados (08) recebem o auxílio-acidente acima referenciado. Entretanto, para uma das pessoas que esteve afastada do trabalho, não houve até o momento, a emissão de CAT, desvinculando a doença do acidente de trabalho e não dando direito ao recebimento do auxílio-doença.

Vale ressaltar que, caso seja caracterizado que o acidentado é incapaz para o trabalho e insuscetível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência, é concedida a aposentadoria por invalidez acidentária, que corresponde a 100% do salário-de-benefício.

Quanto às características da doença, o principal sintoma relatado pelos entrevistados é a dor, principalmente nos membros superiores, pescoço, ombros e coluna lombar. No entanto, devido à falta de informação sobre a doença, estes sintomas foram se agravando em alguns deles. A invisibilidade - principal característica da doença - é causadora de muitos transtornos para o portador, que sofre descrédito no trabalho, na família e junto aos profissionais de saúde. Em função disso, o próprio INSS (1993), expõe que a caracterização da LER não depende de dados laboratoriais, mas apenas da correlação entre a lesão e o exercício do trabalho.

Frente aos sintomas apresentados e à necessidade de afastamento, alguns empregados chegaram até mesmo a ficar vários anos afastados do trabalho. Contudo, devido à pressão

exercida pelos chefes e desconfiança dos colegas, quatro dos empregados entrevistados relataram que retornaram à empresa sem ainda estarem devidamente reabilitados. Nessa condição e trabalhando sob pressão e ansiedade, os sintomas retornavam mais fortes e eram obrigados a sair de licença novamente. Acredito que essa seja uma das razões pelas quais não é permitido contato com os empregados que se encontram afastados, para que os mesmos não sintam que estão sendo pressionados a retornarem à empresa.

Para estabelecer o nexo causal, deve considerar-se a história clínica: tempo de evolução, afastamentos do trabalho, tratamentos instituídos, retornos ao trabalho, recidivas, recolocação em outras atividades, pareceres especializados e de reabilitação profissional; investigação dos sinais de impotência funcional nos atos cotidianos da vida social que antes eram desempenhados normalmente; e dados positivos do exame clínico, particularmente as condições indicativas de déficit funcional. Quando o nexo causal com o trabalho se tornar evidente, a constatação de alguma afecção subjacente ou condição anômala pré-existente não pode descaracterizar este nexo (INSS, 1993).

Verifica-se que para a maioria dos entrevistados (22 pessoas) já foi estabelecido o nexo causal da doença com o trabalho, sendo que algumas das doenças osteomusculares relatadas pelo grupo foram: tendinite no punho e ombro direitos, tenossinovites na mão e nos punhos, epicondilite (cotovelo), inflamação nos tendões do ombro e pescoço, fibromialgia, bursite nos ombros direito e esquerdo; tenossinovites no punho direito e esquerdo, síndrome do túnel do carpo nas mãos direita e esquerda, lombalgia, cervicalgia, tendinite na mão esquerda, tendinite no punho esquerdo, cérvicobraquialgia, cérvicodorsalgia, fibromialgia do trapézio, síndrome do túnel do carpo na mão direita, cisto sinovial no punho direito; síndrome do interósseo na mão direita.

Contudo, quatro das pessoas entrevistadas não sabiam quais eram os tipos de doenças osteomusculares que elas tinham. Uma entrevistada relatou o seguinte: “eu não apresento doença osteomuscular. Eu apresento doença degenerativa chamada fibromialgia, tendinite, bursite e outros palavrões que só buscando no laudo médico”.

Embora a empresa adote muitas das medidas de prevenção referidas na teoria consultada, verifica-se a necessidade de um maior esclarecimento sobre as LER/DORT, tendo em vista que na prática diária da rede bancária um grande número de pessoas que trabalham

nesse meio apresentam lesões motoras nas mãos, nos braços, na coluna e de postura e não sabem que tipo de lesão possui.

A dor é a principal queixa advinda da LER/DORT relatada pelos entrevistados, e traz consigo além da limitação funcional, a depressão, ansiedade e estresse, principalmente por estarem em tratamento e este surtir pouco efeito. Em decorrência disso, muitos entrevistados encontram-se descrentes no tratamento, porque além de apresentar resultados lentos, é um ponto polêmico, pois sem ele há piora, e não são todas as pessoas que recebem ajuda financeira da empresa para realizá-lo.

Quanto a relação com a doença, a percepção do estado atual de saúde foi considerada um fator bastante abalado, não somente no aspecto físico mas também no emocional, tendo em vista as mudanças de vida geradas em decorrência da LER/DORT, onde as pessoas tiveram que reformular seu modo de ser, estipulando limites em todas as suas atividades físicas, inclusive nas sociais e de lazer.

A fragilidade emocional ocasionada pelas LER/DORT no grupo deve-se tanto à dor constante, a pouca eficácia do tratamento, como em decorrência da incompreensão de muitos colegas de trabalho e familiares frente à situação de saúde e trabalho do portador. Isto é devido, principalmente, a uma característica citada pela maioria dos entrevistados que é a invisibilidade da doença, pois a dor que é o principal sintoma, não pode ser visualizada e, muitas vezes, o portador de LER/DORT passa por uma pessoa "fingida" e que faz "corpo mole" para não trabalhar, sendo atribuído a ele a característica de portador de "lerdeza".

Em decorrência disso, foi comum no grupo estudado, sentimentos de medo, depressão e revolta ao perceberem-se portadores de LER/DORT, com limitações funcionais até para as atividades de vida diária nos períodos de crise e de dor. A descrença em relação à cura da doença também contribui para esses sentimentos, já que segundo os entrevistados, o prognóstico médico é incerto e os resultados do tratamento são lentos. Contudo, a maioria dos entrevistados acredita que a cura da doença é possível, mas vai demorar, e que eles não podem perder a esperança em relação a essa cura, que é um modo de poder continuar suportando a dor.

A revolta por terem adquirido a doença deve-se ao fato de que a maioria dos entrevistados acha que a culpa é da empresa, a qual não se preocupou em oferecer condições de trabalho adequadas e não procurou compatibilizar as novas tecnologias com os recursos

humanos que dispunham. Entretanto, houve os que acharam que o seu próprio modo de ser, de querer abraçar todas as tarefas, trabalhar rapidamente e ser perfeccionistas no que faziam, contribuiu muito para o desencadeamento da doença.

Todas as questões abordadas acima conduzem a maioria das pessoas a acharem que não têm mais condições de dar seguimento ao tipo de trabalho executado anteriormente, já que para isso teriam que utilizar as mãos e realizar movimentos repetitivos, os quais desencadeiam a dor. Devido a isso, algumas pessoas pensam em aposentarem-se; outras, porém, acreditam que têm capacidade para executar outras atividades dentro da empresa, mas essa capacidade não é aproveitada, se traduzindo muitas vezes, num sentimento de inutilidade e inferioridade do portador de LER/DORT. Isto é agravado pela falta de treinamentos para nova habilitação profissional, já que o realizado pelo centro de reabilitação profissional do INSS, segundo os entrevistados, não condiz com suas realidades de trabalho.

Em decorrência disso, percebeu-se uma insatisfação tanto em relação à conduta da empresa como do próprio serviço de saúde, gerando na maioria dos entrevistados uma insegurança em relação ao emprego atual e poucas perspectivas em relação ao futuro profissional, já que a maioria dos entrevistados tem mais de 30 anos de idade e possui limitações funcionais, o que não favorece um bom aceitação no mercado de trabalho dentro do modelo econômico atual.

Contudo, a de se ressaltar que a CAIXA está investindo pesado na área de saúde, tendo criado a GESAD – Gerência Nacional de Saúde, além de ter disponibilizado vários programas de readaptação dentro da empresa, inclusive, conforme relatado anteriormente neste trabalho, a Caixa lançou em 06.09.2004 um *novo Programa de Reabilitação Ocupacional* (PRO), voltado para empregados que estão retornando ao trabalho após afastamentos por Licença por Acidente do Trabalho (LER/DORT), dentre vários outros afastamentos.

Em relação às perspectivas de vida pessoal, percebeu-se a necessidade do apoio familiar para que estas perspectivas possam ser boas, visto que não é somente o portador de LER/DORT que precisa adaptar-se a um novo modo de vida, mas também toda a família, tanto nos aspectos referentes às atividades domésticas como nas sociais e de lazer. Notou-se uma restrição quanto à participação destas atividades, principalmente devido à dor e ao medo de serem machucadas fisicamente, mas também por desânimo, por perda do entrosamento

com os colegas ou por medo de encontrarem com colegas de trabalho, já que a doença não aparece. Em decorrência das LER/DORT, observou-se que houve uma maior atenção voltada para o lado espiritual e para a família, sendo esta considerada atualmente como a coisa mais importante na vida dos entrevistados, ocupando parte do espaço significativo que antes era atribuído ao trabalho.

A percepção de LER/DORT dos entrevistados mostra que a dor e as limitações de vida são características marcantes. O sofrimento por sentir a dor e saber de suas limitações toma uma conotação bem maior devido à invisibilidade da doença, a qual se torna visível somente quando já se encontra num estágio mais avançado e com seqüelas instaladas. Assim sendo, um tema bastante recorrente entre os empregados com LER/DORT é a questão da invisibilidade da doença e da discriminação de colegas de trabalho, amigos e até de parentes.

Segundo o INSS (1993), a principal consequência das LER/DORT é a perda da capacidade de realizar movimentos, o que interfere diretamente sobre a condição social e psicológica do indivíduo. Isso se verifica quando a lesão impede temporária ou permanentemente o homem de realizar trabalho, já que este ato passa a ser um elemento de degradação física e emocional. A vivência do não reconhecimento da doença e inclusive dos sentimentos de desconfiança que as chefias, os colegas, a família e a sociedade demonstram, colaboram intensamente para aumentar a depressão. Esses comportamentos devem-se à difícil percepção da doença, pois muitas vezes, o trabalhador demonstra aparência saudável, entretanto a invisibilidade da doença esconde seu sofrimento.

Finalizando, a síndrome LER/DORT está além das dimensões físicas, em geral enfatizadas. Ela se estende também às esferas psicológica, econômica e social de maneira comprometedora, a qual só a realidade e a vivência do portador em situação real pode revelar.

Nesse sentido, segundo o INSS (1998), o apoio psicológico torna-se necessário, principalmente para aqueles pacientes que apresentam componente ansioso-depressivo. Os pacientes portadores de LER/DORT muitas vezes sentem-se pressionados para se recuperar em curto período de tempo, e isto acarreta insegurança quanto ao retorno às atividades prévias no trabalho e medo das consequências da doença, quanto a sua estabilidade no emprego e perspectivas futuras, pois a LER/DORT costuma ocorrer nos indivíduos na fase mais produtiva da vida. A abordagem dos aspectos psicossociais da LER/DORT e do sofrimento mental que cada paciente apresenta são muito úteis no processo reabilitacional.

8 - CONCLUSÃO

Por meio desta pesquisa pode-se concluir que a característica mais significativa da LER/DORT é a invisibilidade da doença, pois havendo uma limitação que não é aparente, há também a discriminação do portador que não tem seu sofrimento explícito em sinais de lesão. Origina-se daí os principais problemas advindos da LER/DORT, que são os de relacionamento com os colegas e chefes, com a família, com os profissionais de saúde e até mesmo conflitos internos, justamente por essa peculiaridade da doença em atingir de forma não aparente a capacidade de trabalho e até mesmo do portador cuidar de si mesmo.

Verifica-se assim, pela literatura, que a vivência do não reconhecimento da doença e inclusive dos sentimentos de desconfiança que as chefias, os colegas, a família e a sociedade demonstram, colaboram intensamente para aumentar a depressão. Esses comportamentos devem-se à difícil percepção da doença, pois muitas vezes, o trabalhador demonstra aparência saudável, entretanto a "invisibilidade da doença" esconde seu sofrimento.

Assim sendo, em relação aos portadores de LER/DORT, quando eles assumem a realidade da doença, são comuns os sentimentos de culpa, de revolta, de incapacidade física e psicológica perante a vida. Ao se perceberem sem saída e sem apoio ocorre a desvalorização e o abalo do auto conceito, gerando uma grande fragilidade psicológica, a qual pode induzir quadros depressivos de intensidade variada, de acordo com o que a pessoa tenha investido em seu trabalho. A angústia e ansiedade então se manifestam e decorre da incapacidade de realizar atividade produtiva, uma vez que o trabalho assalariado é visto por quase toda a sociedade como um fator de promoção e status.

Verificou-se ainda que parte dos problemas de relacionamento, e até mesmo da aquisição da doença, ocorrem devido à deficiência de informação em torno da realidade da LER/DORT, que uma vez instalada é de difícil cura e geradora de muitos problemas. Em consequência, acaba determinando a exclusão social do portador, pois por sofrer descrédito dos colegas, familiares e até mesmo dos profissionais de saúde em relação aos seus sintomas - principalmente a dor - ele acaba se fechando em seu mundo onde se sente seguro, o que conduz a uma mudança no estilo de vida e a quadros depressivos. Isto também se deve à incerteza da cura e à demora dos resultados do tratamento.

Especificamente quanto ao atendimento dos profissionais de saúde, percebe-se a necessidade do portador ser acompanhado sempre pelo mesmo médico, o qual sabendo do seu histórico, poderia acompanhá-lo mais eficientemente, pois a insatisfação dos entrevistados com o atendimento pelos peritos do INSS é uma realidade agravada pelo atendimento feito por profissionais que não pertencem à área de saúde ocupacional e que não recebem um treinamento voltado aos problemas subjetivos resultantes da LER/DORT - o que pareceu ser uma consequência marcante - assim como por um sistema de saúde pública desgastado, voltado, quase sempre, à visão mecanicista.

Em relação ao trabalho, o desempenho da maioria das funções exercidas anteriormente, teoricamente, exigia esforços repetitivos. Entretanto, não convém afirmar que essas atividades deram início às lesões osteomusculares apresentadas pelos entrevistados, já que não foi feito um estudo detalhado dessa questão, entretanto como uma parcela dos entrevistados tinha menos de cinco anos na empresa e com histórico de funções antecedentes, pode-se inferir que estas funções exercidas anteriormente à CAIXA tenham desencadeado os sintomas da LER/DORT.

Quanto ao trabalho atual, não se pode afirmar de maneira precisa que este foi o causador da lesão, embora haja uma grande tendência, já que os sintomas surgiram algum tempo após o início da atividade atual. Contribui para essa suspeita as condições de trabalho ergonomicamente inadequadas e incompatíveis consigo mesmos à época do surgimento da lesão, conforme citadas pelos entrevistados.

Associados a isso podem ser causas, tanto como agravamento da LER/DORT, a tensão e o esforço excessivo de pessoas com perfil independentes e perfeccionistas, sempre preocupadas em dar o máximo de si e em não cometer erros, além da incompreensão diante da inércia dos outros, querendo agregar e realizar rapidamente todas as tarefas, características estas encontradas na amostra e citadas na literatura como fatores que contribuem para o aparecimento da LER/DORT.

Observa-se que a doença ocasiona uma modificação em todo o estilo de vida do portador e da família, transtornos emocionais, limitações físicas que restringem a vida social do portador em algum momento, gerando custos para a empresa, e muitas vezes, ocasiona a perda de um indivíduo produtivo e gerador de recursos para a sociedade. Isso é agravado pela

deficiência na política de readaptação do empregado na empresa, ocasionando expectativas sombrias quanto ao seu futuro, conforme relatado nas entrevistas.

Verifica-se ainda pelos relatos dos participantes que a realidade vivenciada pelos portadores de LER/DORT é muito desconfortante, refletindo em sua vida familiar, na social e no trabalho. Contudo, existe possibilidade e necessidade de mudanças na estrutura física e social de trabalho que permitem a reinserção destes indivíduos, a fim de que eles possam ter uma vida plena e satisfatória, tendo em vista que os conflitos relacionados ao retorno ao trabalho são de especial importância. É fundamental a adoção de programas de prevenção e retorno ao trabalho que estimulem a permanência do lesionado no trabalho em atividades diferentes da que exercia anteriormente e identifiquem listas de atividades leves e alternativas que possam facilitar o retorno dos afastados no mais breve espaço de tempo.

Por fim, os resultados da pesquisa mostram a necessidade de maiores informações sobre as LER/DORT na empresa estudada, tendo em vista que estudos preliminares desenvolvidos na área de Psicologia informam que o comportamento das pessoas frente ao trabalho contribui efetivamente para o desenvolvimento da LER/DORT.

Em decorrência do que foi visto em todo o trabalho, verifica-se a necessidade de uma reformulação no atendimento à saúde do trabalhador em relação à perícia médica, que seja viabilizado o acompanhamento dos doentes por um único médico, o qual teria condições de acompanhar mais eficientemente o doente; planejar um atendimento à saúde do trabalhador que dê maior credibilidade às suas queixas, preparando uma equipe especializada em saúde ocupacional, preocupada também com os fatores psicológicos que envolvem o estado da doença; proporcionar atendimentos para os empregados, familiares e gestores, no intuito de informar sobre a realidade da doença, minimizando assim, problemas de relacionamento e discriminação no ambiente de trabalho e no lar. Verifica-se, ainda, a necessidade de implantação de uma política de prevenção das LER/DORT com base principalmente em: introdução de medidas preventivas das LER/DORT com a continuação da ginástica laboral, pausas, educação dos empregados através de palestras e cartazes fixados no próprio local de trabalho, maior participação nas decisões referentes ao seu trabalho, e mudanças na organização do trabalho, conforme relatado nas entrevistas e literatura sobre o tema; reconhecimento da necessidade de inclusão total do homem em seu ambiente de trabalho, reconhecendo-o como sujeito e não apenas como corpo que trabalha; preocupação em treinar

os gerentes e os empregados para melhor reconhecimento dos riscos ocupacionais e para saber como lidar com o trabalhador portador de LER/DORT, inclusive conforme sugerido por uma empregada nas entrevistas realizadas; melhor aproveitamento das potencialidades dos funcionários portadores de LER/DORT dentro da empresa, de maneira a serem realocados em função produtiva e compatível com suas limitações funcionais. Isso poderia ser concretizado através do estudo realizado por uma equipe de saúde multidisciplinar, inclusive um ergonomista, com foco tanto nas deficiências físicas destes indivíduos como nas exigências das tarefas.

Propõe-se que seja realizado um estudo mais específico para conhecer as reais limitações impostas pela doença, de modo a salientar as possibilidades do indivíduo para a ação no trabalho, o que seria possível através do trabalho de uma equipe de saúde multidisciplinar, visando não apenas o tratamento, mas também a reabilitação para a situação real de trabalho.

Sugere-se também o aprofundamento na questão psicológica, tentando relacionar mais especificamente os fatores que exerçam influência no desencadeamento da LER/DORT, assim como maneiras de trabalhar esses aspectos na tentativa de minimizar a incidência da doença sob esse prisma.

Nesse sentido, este estudo deixa como principal contribuição estratégias para melhoria das condições de trabalho e conseqüentemente melhoria da qualidade de vida dos empregados da Caixa Econômica Federal no desempenho de suas funções. Procurou-se, ainda, dar uma contribuição em relação aos aspectos psicossociais que vêm, gradualmente, ocupando um espaço crescente, pois a presença de uma doença e ou a vivência de um acidente repercutem na vida familiar, laboral e social e no psiquismo do trabalhador. Em geral, acompanhando essas ocorrências e dependendo da gravidade das mesmas, verifica-se que os indivíduos expressam sentimentos de desvalia, insegurança quanto ao futuro profissional, inconformismo frente a algumas limitações, incerteza e morosidade no processo terapêutico e de reabilitação, medos e fantasias inconscientes, manifestações depressivas e de revolta, associadas, em geral, a incorporação de toda uma ideologia de culpabilização individual. Por fim, salienta-se que por tratar-se de uma doença multicausal, uma compreensão maior do fenômeno investigado, poderia ser efetivada se houvesse complementação dos estudos por outros profissionais, tais como psicólogos e médicos do trabalho principalmente.

Como tema para reflexão fica o sofrimento dos empregados diante da doença invisível e a fragilidade emocional ocasionada pela LER/DORT, devido à dor constante, à pouca eficácia do tratamento, à incompreensão de muitos colegas de trabalho e familiares frente à situação de saúde e trabalho do portador, devido a característica citada pela maioria dos entrevistados que é a invisibilidade da doença, pois a dor que é o principal sintoma, não pode ser visualizada e, muitas vezes, o portador de LER passa por uma pessoa "fingida" e que faz "corpo mole" para não trabalhar, sendo a ele atribuído a característica de portador de "lerdeza". É preciso entender que acima de tudo, o ser humano é a maior riqueza que uma organização pode ter. Enfim, já não é mais possível que o homem pague com a própria saúde o preço da modernidade...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albornoz, S. O que é o trabalho? São Paulo: Editora Brasiliense S. A, 2000.

Associação Brasileira para Prevenção de Acidentes - Doença ocupa segundo lugar no ranking dos afastamentos do trabalho. SOS. Revista da Associação Brasileira para Prevenção de Acidentes, 2000.

Caixa Econômica Federal. Informações Institucionais. Manual Normativo - Estatuto da Caixa Econômica Federal. Brasília, 2005.

Caixa Econômica Federal. Informações Institucionais, Estrutura da SUREH. Disponível na Intranet:<<http://www.sureh.mz.caixa>> 2005a.

Caixa Econômica Federal. Manual Normativo - Área de Saúde. Brasília, 2005b.

Caixa Econômica Federal. Prevenção ao estresse, melhoria da qualidade de vida. Florianópolis: CEARU/FL, 1999.

Cardoso, L. S. Construção Social da Identidade Bancária: O que é ser bancário? In: Simpósio Saúde Mental e Trabalho Bancário. Vitória: Anais Painel II, 1997.

Chiavenato, I. Teoria Geral da Administração. Volume 2 - 3ª Edição. São Paulo: McGraw-Hill, 1983.

Codo, W. (Org.). Educação: Carinho e trabalho. Petrópolis: Vozes, 2000.

Couto, H. A – Guia Prático – Tenossinovites e outras Lesões por Traumas Cumulativos nos Membros Superiores de Origem Ocupacional. Belo Horizonte: Ergo Editora B&C, 1991.

Couto, H. A., Nicoletti, S. J., Lech, O. Como Gerenciar as Questões das LER./DORT: Lesões por Esforços Repetitivos / Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho. Belo Horizonte: Ergo, 1998.

Frangieh, A. Curso Ministrado pela Manager Assessoria em Recursos Humanos – LER. Belo Horizonte, 1999.

Dejours, C. A Loucura do Trabalho. Estudos de Psicopatologia do Trabalho. 5ª Ed. São Paulo: Cortez - Oboré, 1992.

Dejours, C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992a.

Dejours, C. Psicodinâmica do trabalho: contribuição da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

Dejours, C., Abdoucheli, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: Dejours, C., Abdoucheli, E., JAYET, C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

Fischer, R. M. “Pondo os pingos nos is” sobre as relações de trabalho e políticas de administração de recursos humanos. In: FLEURY, M. T. L., FISCHER, R. M. Processo e relações do trabalho no Brasil. São Paulo: Atlas, 1987.

Fleury, M. T. L., Fischer, R. M. (Coords.). Processo e relações do trabalho no Brasil. São Paulo: Atlas, 1987.

Grandjean, E. O papel da Ergonomia na Medicina do Trabalho. In.: Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. Belo Horizonte: Artes Médicas, 1992.

Gotto, R. M. (Org.). Isto é Trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1993.

Hastenreiter, H. N. F, Quintella, R. A Satisfação no trabalho e seus aspectos correlatos na organização Petrobrás. Trabalho apresentado no 23º Encontro da ANPAD – ENANPAD. Foz do Iguaçu: 1999.

Helliwell, T. Trabalhando com Alma: transforme a sua vida e seu trabalho. Tradução Sandra Luzia Couto. São Paulo: Cultrix, 2002.

INSS. Boletim estatístico de acidentes do trabalho. Brasília. 1997.

INSS.L.E.R - normas técnicas para avaliação da incapacidade. Brasília: 1993.

INSS.Ordem de serviço Nº. 606 de 05 ago 1998; aprova norma técnica sobre distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho - DORT. Diário Oficial da União, Brasília: 1998.

Lipp, M.E.N. Estresse: conceitos básicos. Em M.E.N. Lipp (Org.), Pesquisas sobre estresse no Brasil. Saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas: Papirus, 1996.

Lopes, G. T., Spíndola, T., Martins, E. R. I. O adoecer em enfermagem segundo seus profissionais. Revista de Enfermagem da UERJ. Rio de Janeiro, v. 4, nº 1, 1996.

Manual de Legislação Atlas. São Paulo: ed. Atlas, v. 31, 1996.

Mendes, A. M. B. Os Novos Paradigmas de Organização do Trabalho: Implicações na Saúde Mental dos Trabalhadores. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. São Paulo: Fundacentro, nº 85/86, v.23, 1986.

Morgan, G. Imagens da Organização. Editora Atlas, 1996.

Moura, R. J. Aspectos psicossociais complicados da reabilitação em DORT In Apostila do III Simpósio Multidisciplinar de Afecções Relacionadas ao Trabalho e às Atividades Físicas. São Paulo, 2000.

Nakayama, M. K., Bitencourt, C. Processos de mudança e estresse ocupacional. Trabalho apresentado no 22º Encontro da ANPAD – ENANPAD. Foz do Iguaçu, 1998.

Neto, B. R. M. Marx, Taylor, Ford: As Forças Produtivas em Discussão. São Paulo: Brasiliense, 1989.

Norma Regulamentadora - NR 17. Segurança e medicina do trabalho. São Paulo: Ed. Atlas, 2001.

Oddone, I. et al. Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec, 1986.

O'Neill, H. J. P. S. As mulheres e o risco de LER. São Paulo: Folha de São Paulo, 2000.

Ong, C.N. Transtornos músculo esqueléticos de los operadores de terminales de representación visual. Foro Mundial de La Salud. Revista Internacional de Desarrollo Sanitário, 1994.

Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. Absenteísmo por Enfermidade – Sugestões para seu Controle. Trabalho apresentado no II Congresso da ANAMAT, nº 40. V. 10 Out. /Nov. /Dez. Belo Horizonte, 1982.

Ribeiro, F. S. N. et al. Vigilância em saúde do trabalhador - o que está por vir. São Paulo: Mimeo, 1999.

Santos, N., Fialho, F. A. Pereira. Manual de Análise Ergonômica do Trabalho. Curitiba: Gênese, 1995.

Siqueira, M. M. de. Relações de trabalho em hospitais de Belo Horizonte. Tese (Professor Titular). – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, 1991.

Tittoni, J. Subjetividade e Trabalho. Porto Alegre: Ortiz, 1994.

ANEXOS

ANEXOS I

NR 17 – ERGONOMIA (117000-7)

NR 17 ERGONOMIA (117.000-7)

17.1. Esta Norma Regulamentadora visa a estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente.

17.1.1. As condições de trabalho incluem aspectos relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos e às condições ambientais do posto de trabalho e à própria organização do trabalho.

17.1.2. Para avaliar a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, cabe ao empregador realizar a análise ergonômica do trabalho, devendo a mesma abordar, no mínimo, as condições de trabalho conforme estabelecido nesta Norma Regulamentadora.

17.2. Levantamento, transporte e descarga individual de materiais.

17.2.1. Para efeito desta Norma Regulamentadora:

17.2.1.1. Transporte manual de cargas designa todo transporte no qual o peso da carga é suportado inteiramente por um só trabalhador, compreendendo o levantamento e a deposição da carga.

17.2.1.2. Transporte manual regular de cargas designa toda atividade realizada de maneira contínua ou que inclua, mesmo de forma descontínua, o transporte manual de cargas.

17.2.1.3. Trabalhador jovem designa todo trabalhador com idade inferior a 18 (dezoito) anos e maior de 14 (quatorze) anos.

17.2.2. Não deverá ser exigido nem admitido o transporte manual de cargas, por um trabalhador cujo peso seja suscetível de comprometer sua saúde ou sua segurança. (117.001-5 / II).

17.2.3. Todo trabalhador designado para o transporte manual regular de cargas, que não as leves, deve receber treinamento ou instruções satisfatórias quanto aos métodos de trabalho que deverá utilizar com vistas a salvaguardar sua saúde e prevenir acidentes. (117.002-3 / I2).

17.2.4. Com vistas a limitar ou facilitar o transporte manual de cargas, deverão ser usados meios técnicos apropriados.

17.2.5. Quando mulheres e trabalhadores jovens foram designados para o transporte manual de cargas, o peso máximo destas cargas deverá ser nitidamente inferior àquele admitido para os homens, para não comprometer a sua saúde ou sua segurança. (117.003-1 / I1).

17.2.6. O transporte e a descarga de materiais feitos por impulsão ou tração de vagonetes sobre trilhos, carros de mão ou qualquer outro aparelho mecânico deverão ser executados de forma que o esforço físico realizado pelo trabalhador seja compatível com sua capacidade de força e não comprometa a sua saúde ou sua segurança. (117.004-0 / I1).

17.2.7. O trabalho de levantamento de material feito com equipamento mecânico de ação manual deverá ser executado de forma que o esforço físico realizado pelo trabalhador seja compatível com sua capacidade de força e não comprometa a sua saúde ou sua segurança. (117.005-8 / I1)

17.3. Mobiliário dos postos de trabalho.

17.3.1. Sempre que o trabalho puder ser executado na posição sentada, o posto de trabalho deve ser planejado ou adaptado para esta posição. (117.006-6 / I1).

17.3.2. Para trabalho manual sentado ou que tenha de ser feito em pé, as bancadas, mesas, escrivaninhas e os painéis devem proporcionar ao trabalhador condições de boa postura, visualização e operação e devem atender aos seguintes requisitos mínimos:

a) ter altura e características da superfície de trabalho compatíveis com o tipo de atividade, com a distância requerida dos olhos ao campo de trabalho e com a altura do assento;

(117.007-4 / I2).

b) ter área de trabalho de fácil alcance e visualização pelo trabalhador; (117.008-2/ I2).

c) ter características dimensionais que possibilitem posicionamento e movimentação adequados dos segmentos corporais. (117.009-0 / I2).

17.3.2.1. Para trabalho que necessite também da utilização dos pés, além dos requisitos estabelecidos no subitem 17.3.2 os pedais e demais comandos para acionamento pelos pés devem ter posicionamento e dimensões que possibilitem fácil alcance, bem como ângulos adequados entre as diversas partes do corpo do trabalhador em função das características e peculiaridades do trabalho a ser executado. (117.010-4 / I2).

17.3.3. Os assentos utilizados nos postos de trabalho devem atender aos seguintes requisitos mínimos de conforto:

a) altura ajustável à estatura do trabalhador e à natureza da função exercida; (117.011-2 / I1).

- b) características de pouca ou nenhuma conformação na base do assento; (117.012-0 / I1).
 - c) borda frontal arredondada; (117.013-9 / I1).
 - d) encosto com forma levemente adaptada ao corpo para proteção da região lombar. (117.014-7 / I1).
- 17.3.4. Para as atividades em que os trabalhos devam ser realizados sentados, a partir da análise ergonômica do trabalho, poderá ser exigido suporte para os pés que se adapte ao comprimento da perna do trabalhador. (117.015-5 / I1).
- 17.3.5. Para as atividades em que os trabalhos devam ser realizados de pé, devem ser colocados assentos para descanso em locais em que possam ser utilizados por todos os trabalhadores durante as pausas. (117.016-3 / I2).
- 17.4. Equipamentos dos postos de trabalho.
- 17.4.1. Todos os equipamentos que compõem um posto de trabalho devem estar adequados às características psicofisiológicas dos trabalhadores e à natureza do trabalho a ser executado.
- 17.4.2. Nas atividades que envolvam leitura de documentos para digitação, datilografia ou mecanografia deve:
- a) ser fornecido suporte adequado para documentos que possa ser ajustado proporcionando boa postura, visualização e operação, evitando movimentação frequente do pescoço e fadiga visual; (117.017-1 / I1).
 - b) ser utilizado documento de fácil legibilidade sempre que possível, sendo vedada a utilização do papel brilhante, ou de qualquer outro tipo que provoque ofuscamento. (117.018-0 / I1).
- 17.4.3. Os equipamentos utilizados no processamento eletrônico de dados com terminais de vídeo devem observar o seguinte:
- a) condições de mobilidade suficientes para permitir o ajuste da tela do equipamento à iluminação do ambiente, protegendo-a contra reflexos, e proporcionar corretos ângulos de visibilidade ao trabalhador; (117.019-8 / I2).
 - b) o teclado deve ser independente e ter mobilidade, permitindo ao trabalhador ajustá-lo de acordo com as tarefas a serem executadas; (117.020-1 / I2).
 - c) a tela, o teclado e o suporte para documentos devem ser colocados de maneira que as distâncias olho-tela, olho-teclado e olho-documento sejam aproximadamente iguais; (117.021-0 / I2).

d) serem posicionados em superfícies de trabalho com altura ajustável. (117.022-8 / I2).

17.4.3.1. Quando os equipamentos de processamento eletrônico de dados com terminais de vídeo forem utilizados eventualmente poderão ser dispensadas as exigências previstas no subitem 17.4.3 observadas a natureza das tarefas executadas e levando-se em conta a análise ergonômica do trabalho.

17.5. Condições ambientais de trabalho.

17.5.1. As condições ambientais de trabalho devem estar adequadas às características psicofisiológicas dos trabalhadores e à natureza do trabalho a ser executado.

17.5.2. Nos locais de trabalho onde são executadas atividades que exijam solicitação intelectual e atenção constante, tais como: salas de controle, laboratórios, escritórios, salas de desenvolvimento ou análise de projetos, dentre outros, são recomendadas as seguintes condições de conforto:

a) níveis de ruído de acordo com o estabelecido na NBR 10152, norma brasileira registrada no INMETRO; (117.023-6 / I2).

b) índice de temperatura efetiva entre 20°C (vinte) e 23°C (vinte e três graus centígrados); (117.024-4 / I2)

c) velocidade do ar não-superior a 0,75m/s; (117.025-2 / I2).

d) umidade relativa do ar não-inferior a 40 (quarenta) por cento. (117.026-0 / I2).

17.5.2.1. Para as atividades que possuam as características definidas no subitem 17.5.2, mas não apresentam equivalência ou correlação com aquelas relacionadas na NBR 10152, o nível de ruído aceitável para efeito de conforto será de até 65 dB (A) e a curva de avaliação de ruído (NC) de valor não-superior a 60 dB.

17.5.2.2. Os parâmetros previstos no subitem 17.5.2 devem ser medidos nos postos de trabalho, sendo os níveis de ruído determinados próximos à zona auditiva e as demais variáveis na altura do tórax do trabalhador.

17.5.3. Em todos os locais de trabalho deve haver iluminação adequada, natural ou artificial, geral ou suplementar, apropriada à natureza da atividade.

17.5.3.1. A iluminação geral deve ser uniformemente distribuída e difusa.

17.5.3.2. A iluminação geral ou suplementar deve ser projetada e instalada de forma a evitar ofuscamento, reflexos incômodos, sombras e contrastes excessivos.

17.5.3.3. Os níveis mínimos de iluminamento a serem observados nos locais de trabalho são os valores de iluminâncias estabelecidos na NBR 5413, norma brasileira registrada no INMETRO. (117.027-9 / I2)

17.5.3.4. A medição dos níveis de iluminamento previstos no subitem 17.5.3.3 deve ser feita no campo de trabalho onde se realiza a tarefa visual, utilizando-se de luxímetro com fotocélula corrigida para a sensibilidade do olho humano e em função do ângulo de incidência. (117.028-7 / I2).

17.5.3.5. Quando não puder ser definido o campo de trabalho previsto no subitem 17.5.3.4, este será um plano horizontal a 0,75m (setenta e cinco centímetros) do piso.

17.6. Organização do trabalho.

17.6.1. A organização do trabalho deve ser adequada às características psicofisiológicas dos trabalhadores e à natureza do trabalho a ser executado.

17.6.2. A organização do trabalho, para efeito desta NR, deve levar em consideração, no mínimo:

- A) as normas de produção;
- B) o modo operatório;
- C) a exigência de tempo;
- D) a determinação do conteúdo de tempo;
- E) o ritmo de trabalho;
- F) o conteúdo das tarefas.

17.6.3. Nas atividades que exijam sobrecarga muscular estática ou dinâmica do pescoço, ombros, dorso e membros superiores e inferiores, e a partir da análise ergonômica do trabalho, deve ser observado o seguinte:

a) todo e qualquer sistema de avaliação de desempenho para efeito de remuneração e vantagens de qualquer espécie deve levar em consideração as repercussões sobre a saúde dos trabalhadores; (117.029-5 / I3)

b) devem ser incluídas pausas para descanso; (117.030-9 / I3).

c) quando do retorno do trabalho, após qualquer tipo de afastamento igual ou superior a 15 (quinze) dias, a exigência de produção deverá permitir um retorno gradativo aos níveis de produção vigente na época anterior ao afastamento. (117.031-7 / I3).

17.6.4. Nas atividades de processamento eletrônico de dados, deve-se, salvo o disposto em convenções e acordos coletivos de trabalho, observar o seguinte:

- a) o empregador não deve promover qualquer sistema de avaliação dos trabalhadores envolvidos nas atividades de digitação, baseado no número individual de toques sobre o teclado, inclusive o automatizado, para efeito de remuneração e vantagens de qualquer espécie; (117.032-5 / I3).
- b) o número máximo de toques reais exigidos pelo empregador não deve ser superior a 8 (oito) mil por hora trabalhada, sendo considerado toque real, para efeito desta NR, cada movimento de pressão sobre o teclado; (117.033-3 / I3).
- c) o tempo efetivo de trabalho de entrada de dados não deve exceder o limite máximo de 5 (cinco) horas, sendo que, no período de tempo restante da jornada, o trabalhador poderá exercer outras atividades, observado o disposto no art. 468 da Consolidação das Leis do Trabalho, desde que não exijam movimentos repetitivos, nem esforço visual; (117.034-1 / I3).
- d) nas atividades de entrada de dados deve haver, no mínimo, uma pausa de 10 (dez) minutos para cada 50 (cinquenta) minutos trabalhados, não deduzidos da jornada normal de trabalho; (117.035-0 / I3).
- e) quando do retorno ao trabalho, após qualquer tipo de afastamento igual ou superior a 15 (quinze) dias, a exigência de produção em relação ao número de toques deverá ser iniciado em níveis inferiores do máximo estabelecido na alínea "b" e ser ampliada progressivamente. (117.036-8 / I3).

APÊNDICES

APÊNDICE I

ENTREVISTA DIRIGIDA SOBRE LER/DORT



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - UniCEUB

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ENTREVISTA DIRIGIDA SOBRE LER/DORT

I DADOS PESSOAIS

Sexo: () Masc. () Fem.	Data de Nasc.: ____/____/____	Escolaridade:
Estado Civil: () casado () Solteiro () Divorciado () outros		
Tempo de Serviço na Empresa:		
Função de Confiança:	Quanto tempo exerce essa função:	
Situação atual no trabalho:		
Exame médico: () admissional () periódico		

II CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO

- 1) Com que idade você teve seu primeiro emprego?
- 2) Qual o tipo de ocupação você desempenhava naquela ocasião?
- 3) O seu emprego atual é o mesmo do primeiro emprego? Caso não, quantos empregos você já teve incluindo o atual? Qual atividade desempenhava nos empregos anteriores?
- 4) Qual sua carga horária semanal de trabalho (em horas)?
- 5) Descrever rapidamente o modo como você realizava seu trabalho antes do surgimento da DORT.
- 6) Após o diagnóstico da DORT ocorreu alguma mudança na sua maneira de trabalhar? Descreva.
- 7) Você tem ou tinha algum tipo de incentivo salarial (gratificação) pela função exercida?
- 8) Em relação ao desenvolvimento do seu trabalho
 - a) Você tinha oportunidade de completar o que começava?

- () Nunca () Raramente () Frequentemente () Sempre
- b) Você realizava tarefas diferentes?
- () Nunca () Raramente () Frequentemente () Sempre
- c) Você trabalhava muito rapidamente?
- () Nunca () Raramente () Frequentemente () Sempre
- d) Havia participação de todos nas decisões de trabalho?
- () Nunca () Raramente () Frequentemente () Sempre
- e) Havia grande separação entre quem planeja e quem executa a tarefa?
- () Nunca () Raramente () Frequentemente () Sempre
- f) As condições ambientais (temperatura, ruído, iluminação, mobiliário) do seu local de trabalho eram adequadas para você?
- () Nunca () Raramente () Frequentemente () Sempre
- g) Você adotava algum comportamento preventivo em decorrência dos problemas citados no item anterior?
- () Nunca () Raramente () Frequentemente () Sempre
- h) A empresa adotava algum procedimento preventivo (informações, palestras, melhoria de equipamentos e organização do trabalho, etc.) de doenças e acidentes de trabalho?
- () Nunca () Raramente () Frequentemente () Sempre
- i) Você participava de treinamentos para o trabalho.
- () Nunca () Raramente () Frequentemente () Sempre
- j) Você realizava horas extras no trabalho?
- () Nunca () Raramente () Frequentemente () Sempre
- 9) Quanto às exigências de trabalho
- a) O seu trabalho exige de você fisicamente?
- () Pouco () Razoavelmente () Muito
- b) O seu trabalho exige de você mentalmente?
- () Pouco () Razoavelmente () Muito
- 10) Suas relações de trabalho
- a) Com os colegas era:
- () Insatisfatória () Razoável () Satisfatória
- b) Com os supervisores e chefes era:

() Insatisfatória () Razoável () Satisfatória

11) Além do seu emprego nesta organização, você possui outro emprego ou atividade de trabalho?

() Sim, outro emprego com atividades similares.

() Sim, outro trabalho por conta própria

() Sim, outro trabalho voluntário

() Sim, atividades no lar

() Não, nenhum outro trabalho.

12) Qual o significado do trabalho para você antes de ser um portador de LER/DORT?.

() era a coisa mais importante de sua vida

() tinha o mesmo grau de importância que o lazer ou a família, por exemplo.

() não tinha importância significativa

III CARACTERÍSTICAS DA DOENÇA

1) Quais foram seus primeiros sintomas da doença, e quando tiveram início?

2) Qual foi sua conduta em relação a esses sintomas?

() achou que não era nada grave e não procurou auxílio médico, pois desconhecia a doença.

() achou que não era nada grave e não procurou auxílio médico, mas conhecia a doença.

() procurou imediatamente ajuda médica, apesar de não conhecer a doença.

() procurou imediatamente ajuda médica, pois conhecia a doença.

3) Qual foi a conduta da empresa em relação ao seu estado de saúde?

() compreensão da necessidade do tratamento e dos procedimentos adequados.

() apenas cumpriu o que o médico instituiu, nem mais e nem menos que isso.

() ameaça de desemprego ou algo similar.

4) Qual a foi a reação dos seus colegas de trabalho em relação a sua doença?

() compreensão em relação às suas queixas.

() descrédito em relação às suas queixas.

() negação em relação às suas queixas.

5) Qual a conduta do seu médico perante sua doença?

() não afastou você do trabalho, devido a descrédito e desconfiança em seus sintomas.

- ☐ não afastou você do trabalho, pois julgou seus sintomas leves e não achou necessário.
- ☐ afastou-o do trabalho devido a sua insistência, mas agiu indiferentemente aos seus sintomas.
- ☐ afastou você do trabalho, pois compreendeu e deu crédito aos seus sintomas.
- 6) Você já possui confirmação do nexo causal e do diagnóstico de LER/DORT?
- ☐ sim ☐ não
- 7) Como você define sua relação com os médicos da perícia do INSS?
- ☐ insatisfatória. ☐ razoável ☐ satisfatória.
- 8) Qual(is) tipo(s) de doença osteomuscular você apresenta?
- 9) Qual(is) sua(s) queixa(s) principal(is) em relação à doença?
- 10) Quais os tipos de tratamento que você já realizou?
- 11) Qual(is) o(s) tipo(s) de tratamento que você está realizando agora?
- 12) Você utiliza algum tipo de medicamento. Se sim, qual?
- 13) Você recebe algum tipo de benefício salarial?
- 14) Sua empresa colabora financeiramente ou de outra forma com o seu tratamento?
- ☐ não colabora ☐ colabora parcialmente ☐ colabora totalmente.
- 15) Você tinha conhecimento de como o trabalho repetitivo, sem pausas e cuidados, é nocivo à saúde do trabalhador? ☐ não ☐ sim

IV RELAÇÃO COM A DOENÇA

- 1) Como você classifica seu atual estado de saúde?
- ☐ ruim ☐ regular ☐ bom ☐ excelente
- 2) Sua reação em relação à doença é de:
- ☐ depressão, pois você não sente melhora
- ☐ revolta por ter adquirido a doença
- ☐ medo em relação ao futuro
- ☐ indiferença, pois a doença não lhe incomoda
- 3) Qual a reação dos seus familiares em relação à sua doença?
- ☐ negação em relação aos seus sintomas
- ☐ descrédito em relação aos seus sintomas

- ☐ apoio e compreensão em relação aos seus sintomas
- 4) Em decorrência da doença, sua vida sofreu:
- ☐ nenhuma mudança ☐ poucas mudanças
- ☐ muitas mudanças ☐ mudou completamente
- 5) De que forma você se apresenta em relação às mudanças que têm ocorrido na sua vida?
- ☐ deprimido ☐ revoltado ☐ ansioso ☐ indiferente
- 6) Como você se sente em relação aos tratamentos realizados?
- ☐ desacreditado ☐ indiferente ☐ confiante
- 7) Você tem tido a compreensão de amigos e familiares?
- ☐ nunca ☐ algumas vezes ☐ sempre
- 8) Você acredita que a cura de sua doença é:
- ☐ impossível, pois você não vai melhorar
- ☐ possível, mas vai demorar
- ☐ possível e está próxima
- 9) Você apontaria algum culpado por ter adquirido a doença?
- 10) O que é LER/DORT para você?

V VIDA ATUAL

- 1) Na sua opinião você tem condições de realizar algum tipo de trabalho? ☐ sim ☐ não
Qual(is)?.....
- 2) Você está tendo algum treinamento ou está fazendo algum curso para obter nova habilitação profissional?
- ☐ não ☐ ainda não ☐ sim
- 3) Você se sente seguro em relação ao seu emprego?
- ☐ não ☐ algumas vezes ☐ sim
- 4) Como você se sente em relação a conduta da sua empresa perante sua situação atual?
- ☐ insatisfeito ☐ indiferente ☐ satisfeito
- 5) Quais suas expectativas em relação ao trabalho?
- ☐ pretende aposentar-se e parar de trabalhar
- ☐ pretende aposentar-se e trabalhar por conta própria, tornando seu trabalho mais flexível

- ☐ pretende trabalhar em outra empresa e em função diferente
 - ☐ pretende trabalhar na mesma empresa e na mesma função
 - ☐ pretende trabalhar na mesma empresa e em função diferente
- 6) Como você caracteriza seu modo de vida hoje?
- ☐ é dependente fisicamente até para realizar atividades de vida diária (AVD)
 - ☐ é dependente fisicamente nas tarefas que exigem maior esforço, mas é independente nas AVDs.
 - ☐ é dependente financeiramente dos familiares, pois seu salário não é suficiente para suprir suas necessidades básicas e tratamento
 - ☐ é independente física e financeiramente
- 7) Quais suas perspectivas em relação ao seu futuro profissional?
- 8) Quais suas expectativas em relação a sua vida pessoal?
- 9) Enumere as coisas importantes na sua vida hoje numa escala de 1 a 5.
- ☐ lazer
 - ☐ comunidade (organizações voluntárias, sindicatos, organizações políticas)
 - ☐ trabalho
 - ☐ religião
 - ☐ família
- 10) Você participa de atividades sociais?
- ☐ nunca ☐ raramente ☐ freqüentemente ☐ sempre
- 11) Você tem religião? Se sim, qual?
- 12) Você participa de alguma cerimônia religiosa? Se participa, com que freqüência?
- 13) Sua religião lhe dá forças? Porque?

Obrigada por sua colaboração!

APÊNDICE II

CARTA ENVIADA AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA



Prezados Colegas,

Estou realizando esta pesquisa para mostrar a realidade dos Portadores de LER/DORT dentro da Empresa. O resultado deste trabalho será apresentado em minha monografia de final de curso: *‘A realidade dos portadores de LER/DORT enfatizando a instituição Caixa’* junto à Faculdade de Psicologia do Uniceub. Esta pesquisa está sendo feita por amostragem, por isso cada opinião é fundamental para que esta avaliação corresponda ao máximo à realidade dos empregados portadores de LER/DORT em seu ambiente de trabalho.

É importante enfatizar que, embora sua opinião seja imprescindível, nenhum resultado identificará pessoas, haja vista que o objetivo desta pesquisa é fazer um levantamento de dados que possam nortear o desenvolvimento e aperfeiçoamento de políticas internas da empresa para uma melhora na gestão das dificuldades sentidas pelos entrevistados. Inclusive, posso disponibilizar os resultados a todos os empregados que se interessarem por este trabalho.

Contribua com a sua opinião sincera a respeito do seu ambiente de trabalho antes da doença e o ambiente atual. Se houver necessidade de ressaltar alguma coisa que não foi perguntada, faça no final da entrevista. O questionário é auto-explicativo e o prazo para o envio das respostas vai até **11 de maio**. Aproveite este momento para expressar livremente sua opinião sobre sua realidade como portador dessa doença que tanto incomoda. Participe!

Muito obrigada por sua valiosa participação!

Aparecida Ribeiro de Magalhães

Analista – GERET – Gerência Nacional de Relações do Trabalho e Provimento.

Matrícula: 034.522-0

Observações sobre a pesquisa e comentários poderão ser encaminhados diretamente para os seguintes e-mails: **aparecida.magalhaes@caixa.gov.br** ou **cidavasco@yahoo.com.br**. Fone de contato: 414-6622.